

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNEE 1970

Nº

T H E S E

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Françoise NETTER, épouse ORSINI

née le 9.10.40 à Pau (B.P.)

Ancienne Externe des Hôpitaux de Paris

Interne des Hôpitaux Psychiatriques de Paris

Présentée et soutenue publiquement le

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES TOXICOMANES

HOSPITALISES EN MILIEU PSYCHIATRIQUE

Président : Monsieur le Professeur Léon MICHAUX.

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNEE 1970

T H E S E

N°

POUR

L E D O C T O R A T E N M E D E C I N E

(Diplôme d ' Etat)

par

Françoise NETTER, épouse ORSINI

née le 9.10.40 à Pau (B.P.)

Ancienne Externe des Hôpitaux de Paris

Interne des Hôpitaux Psychiatriques de Paris

Présentée et soutenue publiquement le

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES TOXICOMANES
HOSPITALISES EN MILIEU PSYCHIATRIQUE

Président : Monsieur le Professeur Léon MICHAUX.

OTC: 100000

100000

100000

100000 100000 100000 100000 100000

100000 100000

100000

100000 100000 100000 100000

100000 100000 100000 100000

100000 100000 100000 100000 100000

100000 100000 100000 100000 100000 100000

100000 100000 100000 100000

100000 100000 100000 100000 100000



100000 100000 100000 100000 100000

100000 100000 100000 100000 100000

100000 100000 100000 100000

100000 100000 100000 100000 100000 100000

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LEON MICHAUX

Professeur de la Chaire de Neuro-Psychiatrie Infantile

Médecin des Hôpitaux

Officier de la Légion d'Honneur

Il nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse.

En témoignage de notre respectueuse
reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BORENSTEIN

Médecin-Chef des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine
Directeur du Laboratoire de Psychopharmacologie
Neurophysiologique à l'Ecole Pratique des Hautes Etudes

Il nous a accueilli dans son service
et nous a aidé à faire ce travail.

Qu'il nous soit permis de lui
témoigner une reconnaissante
gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR OLIEVENSTEIN

Médecin des Hôpitaux Psychiatriques
Assistant dans le service du Docteur BORENSTEIN

Qui nous a amicalement guidé dans ce travail.

En témoignage de notre affectueuse reconnaissance.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41551515_0007

A NOS MAITRES D'EXTERNAT

Monsieur le Docteur CHAMPEAU
Monsieur le Docteur MARLAND
Monsieur le Docteur AZERAD
Monsieur le Professeur NICK
Monsieur le Docteur BOUTTIER
Madame le Docteur AUBRY
Monsieur le Professeur MICHAUX
Monsieur le Professeur FLAVIGNY

Respectueusement.

A NOS MAITRES D'INTERNAT

Madame le Docteur BOUQUEREL
Monsieur le Docteur BORENSTEIN
Monsieur le Docteur POSTEL
Monsieur le Docteur AZOULAY

Médecins-Chefs des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine

I N T R O D U C T I O N

A - Après les Etats-Unis, l'Angleterre. les Pays Scandinaves, le problème de la toxicomanie est venu à l'ordre du jour en France. Les nombreux articles de journaux, les émissions radiophoniques ou télévisées, les productions cinématographiques, les nouvelles parutions en librairie, le démontrent abondamment; jusqu'à la mode vestimentaire qui flirte avec la toxicomanie; les traits caractéristiques du beatnick ou du hippie, peu différenciés des fumeurs de marijuana dans l'opinion publique, s'infiltrant insidieusement et rapidement dans les journaux de mode à grande diffusion et jusque dans les collections des grands couturiers : que ce soient les cheveux longs masculins et même la robe, ou les multiples colliers, bracelets, breloques et jupes longues des femmes.

Et puis, hors l'abondance du système pileux soustrait au ciseau de notre civilisation du vingtième siècle et laissé à lui-même dans un apparent abandon, hors les colliers, les médailles, les perles, suggérant le désir du retour, si ce n'est à l'état de nature, tout au moins à celui de bon sauvage, proposer une "party-hasch", ou y participer, n'est-ce pas devenu un des signes enviabiles d'appartenance à une jeunesse "nouvelle", "libre", "contestataire" (et nous savons quelles ambiguïtés recouvrent ces notions) ? Nous n'en citerons pour exemple que l'expérience de certaines salles de garde où chaque interne a pu se voir fréquemment invité à une soirée-haschich, sans pour cela d'ailleurs que l'interne invitant, et supposé fumeur, soit considéré par ses collègues comme un toxicomane et encore moins comme un malade; et ces internes soignent des toxicomanes.

La position de la presse devant la toxicomanie n'est pas moins ambiguë : abordée tantôt et le plus souvent dans la rubrique des faits divers, ailleurs dans celle de la jeunesse, elle ne l'est que rarement dans des articles médicaux.

Quant aux reactions de la population, elles sont multiples et ont le plus souvent le caractère d'explications qui se veulent définitives, et par là permettent, sinon de résoudre le problème, tout au moins d'en proposer des solutions qui, appliquées, devraient pouvoir le résoudre ; l'inquiétude est calmée.

Ces explications vont de la condamnation sans appel de la toxicomanie considérée comme un vice à bannir, et pour cela à punir, à son assimilation à une maladie, donc à soigner ; ces prises de position aboutissant toutes deux à l'exclusion du toxicomane de la société, qu'on propose de l'enfermer derrière les murs d'une prison ou derrière ceux d'un hôpital psychiatrique.

D'autres font un essai d'analyse plus fine, qu'elle soit socio-politique, politique ou pseudo-philosophique ; qui n'a entendu avancer que la toxicomanie trouve ses origines dans les HLM inhumaines où les adolescents sont laissés à eux-mêmes, ou dans l'absence de la mère qui est à l'usine au lieu d'être au foyer (la démission du père ne nous paraissant pas être une notion déjà passée dans le domaine public) ; ailleurs l'analyse en est plus nettement politique : certains voient dans la drogue une arme politique des Chinois (et, déguisée,

réapparaît la crainte du péril jaune), d'autres y décèlent un moyen détourné du gouvernement pour combattre l'ardeur des jeunes "gauchistes", d'autres une conséquence de la carence scolaire et du chômage; d'aucuns avancent que la toxicomanie n'existe ni plus ni moins qu'avant, mais qu'elle est utilisée par la presse gouvernementale comme un moyen de diversion, les campagnes scandinaves pour l'assimilation du haschich au tabac n'en étant qu'un aspect.

Enfin le souvenir de Baudelaire, d'Henri Michaux, n'est pas absent de certaines tentatives d'explication de la toxicomanie "travers" de poète, ou d'une jeunesse en mal de romantisme.

Mal du siècle, diversion ou arme politique selon les uns ou les autres, la toxicomanie est devenue en tout cas un problème national dont le gouvernement parle ou s'occupe, ne serait-ce qu'en projetant de créer des centres pour drogués.

De tout ceci trois points sont à retenir :

Si la toxicomanie n'est pas en France un fait nouveau par son importance numérique, elle subit actuellement une recrudescence, s'inscrivant ainsi sans solution

de continuité dans le cours de son histoire fait d'une suite de périodes fastes et de périodes calmes. Nous n'en donnerons qu'un exemple : les chiffres d'intervention de la brigade des stupéfiants qui en 1968 se situaient à moins de 150 affaires, sont passés à plus de 400 au 1er Novembre 1969, et ces chiffres ne représentent qu'une minorité infime par rapport à ce qui existe dans la réalité ; nous sommes évidemment loin des chiffres des Etats-Unis où l'on apprécie à 12 millions le nombre de fumeurs de marijuana et à plusieurs centaines de mille le nombre des toxicomanes vrais.

Le deuxième point est que cette vague toxicomaniaque atteint le sujet jeune, si ce n'est l'adolescent.

Enfin, la nature des réactions collectives devant la toxicomanie, souligne que déjà dans sa perception du problème, le public y décèle une dimension sociale particulière.

Quant à nous, non seulement nous n'étudierons pas la toxicomanie comme une maladie, ce qui supposerait déjà que nous avons une réponse au fait toxicomaniaque, mais nous nous limiterons à l'étude des problèmes posés par les toxicomanes à l'hôpital psychiatrique. Ce faisant,

nous savons parfaitement que nous incluons encore - mais sans y répondre - le fait social : l'hôpital psychiatrique étant le lieu assigné par la société pour soigner les fous, ces fous - ou toxicomanes - y fussent-ils venus de leur plein gré.

B - Le plan de notre étude correspondra à une démarche centripète : partant des réactions de l'entourage hospitalier du toxicomane, nous terminerons par l'étude du sujet toxicomane hospitalisé.

Cette étude comprendra quatre parties :

- après une introduction, un premier chapitre nous permettra de rappeler la définition de la toxicomanie, de présenter notre matériel d'étude et de préciser notre méthodologie.

- dans un deuxième chapitre, nous essaierons d'envisager les problèmes que pose le toxicomane à l'hôpital psychiatrique à travers les réactions du personnel soignant, infirmiers et médecins, et des autres malades.

- Puis nous verrons s'il y a lieu de répondre à la question : "qui sont ces toxicomanes hospitalisés ?" à travers une étude statistique de tous les cas de toxicomanes hospitalisés pendant l'année 1969 dans un service

des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine, et à travers quelques observations que nous privilégierons après en avoir expliqué les raisons.

Au cours de ces exposés, c'est volontairement que nous n'aborderons pas les problèmes thérapeutiques (psychothérapiques ou autres) ; nous ne ferons que citer les divers modes de sortie.

Enfin nous conclurons en résumant les points essentiels soulevés au cours de cette étude.

I

D E F I N I T I O N S

A - La toxicomanie, ou pharmaco-dépendance a été définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S) en 1965, comme : "un état de dépendance psychique ou physique (ou les deux à la fois) vis-à-vis d'un "produit" et s'établissant chez un sujet à la suite de l'administration, périodique ou continue, de ce "produit" ".

Les caractéristiques ~~en~~ sont :

- un invincible désir ou un besoin (obligation) de continuer à consommer le produit et de se le procurer par tous les moyens ;
- une tendance à augmenter les doses ;
- une dépendance d'ordre psychique (psychologique) et parfois physique, à l'égard des effets de la drogue ;

- l'apparition d'un syndrome d'abstinence avec symptomatologie somatique et psychique en cas d'interruption soudaine de la consommation ;

- des effets nocifs pour l'individu ou la société.

Cette définition générale est complétée par les définitions suivantes concernant le produit :

Une substance engendrant la toxicomanie est celle qui peut déterminer l'état défini ci-dessus. Toute substance entretenant une toxicomanie invétérée, c'est-à-dire remplaçant de façon adéquate la substance qui a engendré la toxicomanie, doit être considérée comme également apte à engendrer la toxicomanie.

Ces définitions permettent d'éliminer les drogues mineures (café, thé, tabac) dont l'usage aboutit à l'accoutumance, distincte de la toxicomanie par :

- le désir, mais non l'obligation de continuer la prise de la drogue à cause de la sensation de bien-être qu'elle engendre ;

- le peu ou pas de tendance à augmenter les doses ;

- une certaine dépendance psychique à l'égard de ses effets, mais pas de dépendance physique ;

- des effets nocifs éventuels chez le consommateur.

Avant de clore ce chapitre de définitions, nous voudrions soulever plusieurs problèmes :

Celui des éthyliques, dont nous précisons maintenant que nous les excluons de notre étude, comme il est classique de le faire lorsque l'on traite de la toxicomanie ; ce qui nous permet de souligner encore l'aspect socio-culturel de toute toxicomanie, l'alcool correspondant parfaitement à la description des toxiques tels que nous les avons définis ci-dessus.

Ceci nous mène à poser le problème des fumeurs occasionnels ou non - de marijuana, et ils sont nombreux en France, puisqu'il semblerait qu'il n'existe pas un lycée de la région parisienne dont environ 10 % des effectifs ⁽¹⁾ à partir de la classe de 1ère n'ait pas goûté au haschich. (Sans faire une analyse des aspects économiques de la drogue, nous soulignerons les prix extrêmement bas auxquels on peut se la procurer : une dose de haschich coûte de 1,50 F à 5 F.). Certaines campagnes

(1) chiffre cité par le Dr. Olievenstein (Conférence au Synode de Paris Nov. 1969)

de presse tendent à assimiler le haschich à l'alcool, si ce n'est au tabac. Nous voudrions souligner que dans les pays occidentaux, l'usage du haschich, à l'inverse de celui de l'alcool, peut être le premier échelon d'une escalade vers d'autres drogues.

Enfin nous reviendrons sur la définition de l'O.M.S. : elle décrit la toxicomanie sous son aspect pathologique (besoin, dépendance, etc.) ; elle y inclut néanmoins des considérations d'ordre sociologique (effets nocifs pour la société) ; enfin, parlant d'UN produit, elle omet une de ses caractéristiques actuelles qui est la polytoxicomanie.

C'est pourquoi, à la lumière des considérations précédentes, nous nous demanderons si, à l'heure actuelle, une définition complémentaire, plus phénoménologique ne pourrait pas être envisagée. Et, avec le Dr. Olievenstein, nous proposerons de considérer comme toxicomane quiconque, à partir d'un premier produit de base en prend un second et/ou l'utilise quotidiennement ou quasi-quotidiennement.



B - Nous voudrions maintenant définir notre matériel d'étude :

1) Nous avons étudié le cas de tous les toxicomanes hospitalisés durant l'année 1969 dans le Service du Dr Borenstein : leur nombre en a été de 49.

2) Ce service se trouve dans l'hôpital psychiatrique de Villejuif. L'hôpital est situé dans le centre de la ville, mais il est entouré de murs, la porte d'entrée des voitures est en métal plein, et seule la grille de la "cour d'honneur", jamais ouverte, permet un regard sur l'extérieur.

Une moitié de l'hôpital est réservée aux pavillons d'hommes, l'autre moitié aux pavillons de femmes, mais il n'y a pas de séparation entre ces deux parties.

Il n'y a ni parc, ni lieu de rencontre possible des malades (cafeteria ou autre) en dehors des allées et d'une pelouse, de quelques bancs et de quelques buissons.

Les pavillons sont d'un étage et à chaque pavillon est dévolue une cour, entourée de hauts grillages.

Tous les pavillons et les cours sont fermés, à l'exception de quelques pavillons "service-libre".

Pour être complet, nous mentionnerons le pavillon "Henri Colin", service de sécurité dans l'enceinte de l'hôpital, clos lui-même de murs surmontés de grillages, et entouré de sauts de loup.

Enfin, en dehors des malades des services libres, les malades des services fermés ont une tenue fournie par l'administration.

3) Le service est sectorisé, mais grâce au Chef de Service, le Docteur Borenstein, qui a accepté de participer à une expérience nouvelle et de laisser une partie de son service se spécialiser, un nombre important de toxicomanes ont été hospitalisés, beaucoup d'entre eux ayant été acceptés hors secteur.

L'intérêt que porte à la toxicomanie le docteur Olievenstein, médecin assistant du service, rend compte aussi de l'importance du recrutement et de son caractère unisexué, les pavillons dont il s'occupe étant des pavillons d'hommes.

Du service hospitalier dépendent deux dispensaires et un hôpital de jour.

4) Les toxicomanes auxquels nous nous sommes intéressés ont tous été hospitalisés dans deux pavillons :

6) L'étude que nous avons pratiquée l'a été principalement sur dossiers : ceux-ci comprenant les renseignements administratifs, les certificats, l'observation de l'interne, et pour le service libre l'observation des infirmières.

L'apport du médecin-assistant a néanmoins été indispensable : c'est lui qui avait la responsabilité de la prise en charge extra-hospitalière, et il était le "spécialiste" avec qui nous avons eu de nombreuses discussions.

Enfin une quinzaine de toxicomanes nous sont connus personnellement, car nous avons été six mois interne dans le pavillon ouvert.

II

APPROCHE DES PROBLEMES POSES PAR
LES TOXICOMANES A L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE
A TRAVERS LES REACTIONS DE
L'ENTOURAGE HOSPITALIER

Plutôt qu'énumérer successivement les diverses catégories de personnes qui noueront des relations avec le toxicomane, nous décrirons le cursus de cet hospitalisé, de son admission à sa sortie et à son éventuelle prise en charge post-hospitalière.

Il ne nous a pas semblé souhaitable de conduire cette étude d'une façon dont l'objectivité aurait peut-être paru plus grande : il eût pour cela fallu mener des enquêtes auprès des divers groupes en contact avec les toxicomanes ; nous avons préféré nous en tenir à notre expérience vécue d'interna dans le service, avec tout ce que cela comporte de subjectivité.

ADMISSION

La lecture des dossiers médicaux nous a permis de remarquer qu'à l'admission du toxicomane (qui s'est souvent effectuée au C.P.O.A d'Henri Roussel) le certificat et l'observation du médecin sont particulièrement longs lorsqu'il s'agit d'une première hospitalisation ; longs non pas par la description sémiologique, mais surtout par les détails biographiques et par la description des toxiques allégués. A telle enseigne que souvent ce sont ces seules notes prises lors de cette première - et unique - entrevue du toxicomane avec le psychiatre-orientateur dont nous nous sommes servis, les observations de l'interne du pavillon étant très insuffisantes.

Le certificat d'une deuxième ou n-ième hospitalisation est lui beaucoup plus laconique, avec une teinte de découragement, se bornant souvent à souligner l'hospitalisation antérieure et la rechute.

L'observation de l'interne de garde qui reçoit le malade est particulièrement courte ; ce n'est qu'exceptionnellement que l'interne de garde a cherché au-delà du médecin du CPOA.

Dé l'étude de ces données on peut faire ressortir trois faits :

- le psychiatre non spécialiste de la toxicomanie en recherche surtout la psycho-sociogénèse.

- de la rechute il fait un échec thérapeutique, rechute-échec dans la description duquel perce un certain fatalisme.

- enfin il considère le toxicomane comme un malade "spécial", mal connu et qu'il préfère laisser au médecin du pavillon.

HOSPITALISATION

Dès son entrée dans le pavillon hospitalier, le toxicomane va faire connaissance avec le PERSONNEL INFIRMIER : renseignements administratifs à réénumérer, inventaire de l'argent, des vêtements, bref, prise de contact analogue à celle des malades habituels ; et pourtant, d'emblée l'infirmier va se rendre compte qu'il s'agit d'un pensionnaire différent des autres.

D'abord, ce nouveau pensionnaire arrive avec son étiquette de toxicomane, et nous avons vu quelles multiples résonances fait surgir cette qualification.

Ensuite, son aspect entraîne une mise en cause personnelle immédiate : l'infirmier est en face d'un garçon d'une vingtaine d'années, un beatnick aux cheveux longs, au vêtement débraillé, pour ne pas dire sale, et qui le plus souvent n'a pas l'air plus malade mental que ... le fils ou le frère de l'infirmier, par exemple ; c'est là sa première angoisse ; Cette angoisse existe aussi devant d'autres types de malades, mais combien moins aiguë ; ici le soignant et sa propre histoire se retranchent plus difficilement derrière la barrière qui le sépare du fou : le toxicomane n'est pas de façon évidente un malade mental, et la toxicomanie est un fait social ; l'expérience, les journaux, si ce n'est les médecins, lui en ont fait prendre conscience.

La mise en cause se poursuit par la fréquente critique de la structure de soin que fait ce pensionnaire, pas suffisamment fou pour qu'on ne l'écoute pas, et pas encore vieil habitué de l'asile, qui sait ce qui l'attend : il réclame une chambre ; il se plaint de la promiscuité avec des débiles baveux ou des vieillards gâteux ; il juge ... Les problèmes s'arrangent heureusement lorsqu'il est délirant ou sujet aux symptômes de sevrage ; il redevient un "vrai malade" à soigner.

Il nous semble ensuite qu'AU COURS DE L'HOSPITALISATION, la démarcation d'avec les autres malades, et partant les problèmes de relation avec les infirmiers, se posent différemment suivant que le toxicomane est en service fermé ou en service ouvert.

En SERVICE FERME, le toxicomane pose peu de problèmes : le système coercitif est suffisamment bien structuré pour que l'opposition à l'hospitalisation, par exemple, soit aussi facilement résolue que pour un schizophrène quelconque : pour tous deux, la porte est fermée. Quant aux contacts individuels infirmier-toxicomane, nous les connaissons plus mal que ceux qui existent en service ouvert où nous avons travaillé, mais nous croyons pouvoir dire qu'ils sont trop souvent recouverts par la structure coercitive. Nous n'en voudrions pour illustration que l'exemple d'un toxicomane travesti qu'un infirmier avait l'habitude d'interpeller en le nommant : "eh tata", ce qui fut parfaitement supporté par le pavillon, ou tout au moins jamais soulevé devant le médecin, la seule structure pour ce faire étant le contact quotidien médecin-surveillant, et ce dernier n'en ayant rien dit; c'est, au bout de plusieurs semaines, le malade lui-même qui nous l'apprit.

Néanmoins, une scission entre jeunes et vieux infirmiers existe; nous reprendrons ce problème dans le cadre du service ouvert.

Le SERVICE OUVERT va permettre à toutes les tensions créées par l'hospitalisation d'un toxicomane d'éclater au grand jour.

Ce que nous allons maintenant décrire n'est vrai que pour le toxicomane "non malade" c'est-à-dire non délirant, non confus, ou non sujet à un syndrome de sevrage, ce qui est, nous le verrons par la suite, le cas le plus fréquent ; mais même dans le cas contraire, les tensions se poseront de manière analogue, dès que le toxicomane sera "guéri" ... et encore hospitalisé.

Doublement étiqueté par son diagnostic d'entrée et son aspect, le toxicomane va susciter des questions qui reviendront tout au long de son hospitalisation : qui est-il, comment se comporter avec lui ?

Il peut paraître arbitraire et schématique de tracer un comportement type du toxicomane hospitalisé et de ses rapports avec les infirmières; cependant, la fréquence avec laquelle se retrouve un certain mode

d'évolution nous a semblé suffisamment significative pour proposer en exemple l'observation des infirmières sur un malade parmi beaucoup d'autres :

Il s'agit de Cl. F., jeune italien de 21 ans, polytoxicomane depuis deux ans environ, vivant à Paris depuis un mois à la date de l'hospitalisation ; il y est venu sans passeport rejoindre sa "fiancée", jeune fille mineure de 20 ans, elle-même toxicomane ; et ce sont les parents de celle-ci qui ont fait intervenir la police qui a dirigé Cl. F. vers l'infirmierie spéciale et l'hôpital psychiatrique. Le diagnostic posé est banal : "Toxicomanie polymorphe chez un jeune déséquilibré italien ... enfant de couple désuni, pas d'insertion sociale."

Entré le 8.3.69 en service libre, la première semaine y est passée sans qu'apparaisse aucune difficulté ; au fil des jours, les infirmières notent :

"Travaille régulièrement à l'atelier, calme, parle peu le français ; sans traitement ... malade très gentil, bon contact, bien que parlant très peu le français... Docile, ne pose pas de problèmes mais resterait volontiers couché... Bien, malade très gentil."

A partir du 17.3.69, le comportement se détériore :

"... légèrement revendicatif, travail discontinu à l'atelier... fatigué, est resté couché presque toute la journée... a toujours besoin de quelque chose, surtout lorsqu'on est occupé, réticent pour faire sa toilette, malade très souillon ... malade très négligé ... ce matin s'est un peu énervé pour se raser, a expédié la lame et le rasoir au travers de la pharmacie... souriant, ironique..."

L'absence de visites et la tristesse consécutive du malade sont notées; mais lorsque l'amie vient: "Visite de la fiancée qui entre dans le service sans se présenter, lance un colis sur une table du réfectoire et repart; puis un quart d'heure après revient, s'excuse et demande que Monsieur F. lui rende sa photo et ses lettres; F. désire la voir deux minutes, ils tombent dans les bras l'un de l'autre et vont dans le jardin..."

Dès la deuxième permission, le problème d'introduction de drogue dans le service se pose : "Revenu dans le service à 13 h.30, a donné à Monsieur A. (un autre jeune toxicomane) un petit paquet."

Puis le problème de la prise de toxique, le 24.5 : "ce matin a avoué avoir pris de la drogue et s'être brûlé hier la main; dans sa chambre a pleuré, gémissements... dit qu'il ne recommencera plus..."; effectivement, M. M. lui a amené de la drogue et il a fait un épisode confusionnel pendant lequel il s'est brûlé le dos d'une main avec sa cigarette; et ce n'est pas la première fois qu'un tel incident arrive, les épisodes antérieurs n'ayant été décelés que devant une légère confusion, le malade niant farouchement toute prise de drogue.

Au long de l'observation du personnel, deux autres points de friction se sont profilés : "... dit qu'il n'aime pas le travail... semble rechercher la compagnie de M. M. et de M. V. qui est au 3ème pavillon (deux autres toxicomanes dont l'un est dans un pavillon voisin)... dit qu'il a peur de se redroguer s'il retourne en Italie où sont les amis drogués avec qui il allait ...".

Enfin, l'hospitalisation se prolongeant pour des raisons administratives, le comportement devient insupportable aux infirmières qui notent : "ne parle pas,

mais embête sans cesse le personnel ... insolent, agressif." Si bien qu'il est nécessaire de le faire passer en service fermé où, en y arrivant, il "se jette contre la porte, brise deux carreaux qui le blessent aux bras: 3 points de sutures".

Il y reste 3 jours, revient en service ouvert, et de nouveau : "heureux d'être revenu dans le service, s'est occupé à l'atelier, bon comportement, rend service, aimable... travaille à l'ergo(thérapie)..."

Le cycle sera interrompu par le départ pour l'Italie de Cl. F.

Une synthèse et des compléments aux divers éléments notés dans cette observation d'un toxicomane par les infirmières nous permettent de constater que le comportement au cours de l'hospitalisation évolue en deux temps :

Dans un premier temps, le "malade" satisfait de se trouver dans un pavillon relativement libéral (il a sous les yeux le mode de vie des pensionnaires de service fermé), se conforme facilement à la discipline de l'hospitalisation, son comportement est trouvé satisfaisant par l'équipe soignante. Parfois, ce bon comporte-

mont se perpétue ; mais, même si le comportement reste satisfaisant, si l'hospitalisation se prolonge, le toxicomane n'est plus accepté; les arguments de rejet les plus fréquents sont : il n'est pas malade, il est capable de travailler aussi bien que nous, il profite de la générosité de la sécurité sociale..., en fait, indirectement, il exploite notre travail; tous arguments que même discussions et explications ne détruisent pas, pour un certain nombre d'infirmières au moins.

Hors cette éventualité, c'est dans une deuxième période qu'apparaissent les difficultés, que nous grouperons un peu schématiquement dans plusieurs rubriques :

- l'aspect vestimentaire est peut-être accessoire, car après tout la dénomination service libre implique que le malade peut s'habiller comme il le désire; mais outre la nécessité de la propreté, va pointer une scission entre jeunes et vieilles infirmières; ces dernières réagissant facilement en mères de famille moralisatrices, indignées par les chemises roses, colliers, bagues et cheveux longs. Cheveux longs dont il faudra convaincre le malade de se les laisser couper "comme tout

le monde", "par mesure d'hygiène" ; et les femmes hospitalisées, rétorquera sentencieusement le malade, leur coupe-t-on les cheveux ?

- Dans son comportement quotidien, le toxicomane réagit de façon caractéristique (ou adolescente ?) aux contraintes de l'hospitalisation que rapidement il ne supporte plus, même s'il existe une demande de désintoxication. Il ne va plus régulièrement travailler à l'ergothérapie, et cela est mal supporté par les infirmières qui ne trouvent aucun symptôme pathologique pour excuser cette "paresse".

Cette activité est remplacée par une inaction souvent provocatrice, ou par l'essai de réintroduction à l'hôpital du mode de vie antérieur ; mode de vie qui d'ailleurs n'a rien de spécifique au toxicomane, mais est celui de nombre d'adolescents : décoration des murs de la chambre par des photos de chanteurs, chanteuses, monopolisation de l'électrophone pour écouter de la musique "pop" par exemple.

- Le prosélytisme est un sujet d'inquiétude et d'interrogations constant. S'il n'est pas évident,

l'exhibitionnisme concernant la drogue dont fait montre le toxicomane ne le laisse que trop supposer. Prosélytisme auprès des autres malades jeunes, et aussi à l'intérieur du groupe de toxicomanes; c'est la tendance au maintien de la cohésion de la communauté qui voit ses liens se resserrer pour empêcher un de ses membres d'en sortir, ou pour souligner l'échec de celui qui a rechuté et revient. Ce phénomène de groupe, à l'intérieur même de l'hôpital, n'est pas un des aspects les moins importants à prendre en considération dans le traitement de la toxicomanie. S'y adjoint pour le soignant la crainte du prosélytisme homosexuel.

- L'introduction de la drogue dans le pavillon ouvert est inévitable et... à éviter. D'où la contradiction devant laquelle se trouvent les infirmières; les médecins leur demandent une vigilance particulière, voire de fouiller une chambre (méthode au relent policier souvent mal supportée en service libre), alors que par ailleurs sont créées toutes les conditions de ces incidents : le toxicomane a été mis en service ouvert, les sorties et les visites lui sont autorisées. Visites d'amis qui entraîneront une méfiance justifiée.

- Les permissions, dont nous avons déjà vu qu'un de leur aspect est d'être la voie la plus simple d'introduction de la drogue, mettent aussi l'équipe soignante devant le problème de l'utilité de son effort thérapeutique. Comment réagir lorsque le toxicomane rentre confus, ivre (ayant remplacé le toxique par l'alcool) ou qu'il reconnaît s'être drogué ? Il le reconnaît d'ailleurs assez facilement, et nous nous posons le problème de savoir si cela est un symptôme par où il diffère de l'éthylique, ou si cela est dû à la conception du médecin qui l'a en charge qui ne considère pas une rechute comme un échec thérapeutique.

Cette rechute, pour les infirmières, est néanmoins l'inscription évidente de l'inutilité de leur effort. Inutilité encore plus amèrement ressentie lorsqu'il s'agit d'une réhospitalisation. Bien sûr, en psychiatrie la rechute n'est pas spécifique de la toxicomanie. Mais si la rechute du schizophrène ou du paranoïaque est facilement analysée en termes de pathologie, celle du toxicomane, le non-malade à l'hôpital, y est analysée en termes de morale qui condamne, l'absence de volonté du sujet étant le point central de cette analyse.

Les permissions sont aussi un point de fixation de l'indiscipline de cet adolescent : il rentre plus tard que l'heure autorisée, si ce n'est le lendemain, et parfois, échec thérapeutique éclatant, il ne rentre pas.

Nous venons d'esquisser la cascade de problèmes posés à l'équipe d'infirmières par le toxicomane. Ce faisant, nous n'avons pas retenu le fait qu'il s'agit de malades hommes et d'un personnel féminin, et surtout, nous avons considéré implicitement l'équipe infirmière comme cohérente. Or, nous allons voir qu'il n'en est rien : cette non-cohérence de l'équipe devant le toxicomane n'est qu'un problème supplémentaire.

Sur quoi repose donc cette scission dans l'équipe des soignants ? Si l'on a à l'esprit les traits caractéristiques de la toxicomanie envisagée comme fait social, et si l'on connaît la fréquence des tensions entre infirmières, les raisons de cette scission sont évidentes et prévisibles.

Il est classique de reconnaître deux générations d'infirmières : la génération qui a été élevée dans les asiles de type classique, formés, coercitifs, et la génération actuelle formée à la psychiatrie ouverte,

"institutionnelle".

Le toxicomane va accentuer ce clivage.

Pour l'infirmière de la "vieille" génération, le toxicomane ne sera pas seulement le malade à qui on laisse une liberté particulièrement pourvoyeuse d'ennuis, il sera aussi le jeune qui mettra en cause sa vie socio-familiale, sa vie socio-professionnelle, car de la tare "sans profession, sans-domicile-fixe" il s'est fait un mode de vie délibérément choisi ; et il verbalise parfaitement à l'infirmière toutes les insatisfactions qu'a subies celle qui travaille pour gagner sa vie, tous les compromis qu'elle a dû accepter pour rester intégrée à la société. Mise en cause de la vie familiale aussi, car cette "vieille" génération c'est celle des mères de garçons de l'âge des toxicomanes; et hors l'absorption de la drogue, la progressive désinsertion socio-professionnelle, le fils de l'infirmière diffère peu du toxicomane, que ce soit dans son aspect, dans ses activités de loisir, ou dans sa contestation de la société dans laquelle il vit, et de l'adulte qui la représente.

Le rejet du toxicomane sera le moyen le plus facile pour combler l'angoisse ainsi créée.

Néanmoins, et ceci dépendra de la structure psychologique individuelle de l'infirmière, une certaine approche compréhensive pourra avoir lieu, surtout au travers de la biographie du toxicomane, et paradoxalement au travers des visites qui créent pourtant des difficultés. Car les visites sont de deux types : celles des drogués amis du malade, et celles de la famille. Et à côté des familles qui prennent en charge leur fils, nombreuses sont les familles qui de façon évidente sont très perturbées, dissociées, rejetantes, souvent complètement absentes, même lorsque le toxicomane est mineur, ou au contraire très permissives. La "faute" et la "volonté" du toxicomane ne sont plus en cause, mais celles des parents; et la responsabilité parentale suffisamment nette pour qu'une mise en cause personnelle violente de l'infirmière n'ait pas lieu.

Pour l'infirmière (ou l'élève-infirmière) jeune, le problème du toxicomane se posera en des termes très différents, si ce n'est opposés. En dehors de l'étiquette toxicomane, peu de choses la séparent de ce pensionnaire qui ne semble pas malade. Il a le même âge qu'elle, beaucoup d'intérêts analogues, il ressemble

aux garçons avec qui elle sort. Tous points communs qui l'amèneront à nouer avec qui des liens amicaux. Ceci même, malgré son aspect positif, n'est pas sans soulever de nouveaux problèmes : les liens amicaux se transforment vite en liens sentimentaux d'une part, et ils sont d'autre part une plateforme idéale où pourra s'exercer le prosélytisme du toxicomane. Nous ne parlons pas dans l'abstrait, nous parlons de problèmes qui se sont réellement posés.

Après avoir souligné un peu schématiquement ce clivage entre générations d'infirmières, clivage souvent utilisé par le toxicomane, il semble nécessaire de dire que les difficultés énumérées précédemment (comportement caractériel, introduction de drogue, etc.), s'y superposent et tendent à l'effacer.

C'est ce qui nous autorise à donner une conclusion homogène à ce chapitre consacré aux rapports infirmières-toxicomane :

A l'hôpital psychiatrique, le toxicomane n'apparaît pas comme un malade ; il ne se conforme pas non plus à la norme du malade mental. Il est considéré comme un déviant, et, comme tel, rejeté.

Ceci permet, entre autres, de comprendre l'intérêt qu'il y aurait à disposer de centres spécialisés pour toxicomanes : non seulement certains problèmes seraient évités (la crainte du prosélytisme auprès des autres malades, par exemple) mais aussi les questions que soulève le toxicomane (qui est-il, comment se comporter avec lui ?) seraient partiellement résolues : la norme du soigné ne serait plus le malade mental, mais le déviant-toxicomane.

Autant la présence de toxicomanes pose des problèmes au personnel infirmier, autant elle est bien acceptée par les AUTRES MALADES.

Seul toxicomane dans un pavillon, le nouvel entrant y sera reçu de la même façon que tout autre entrant, et s'intégrera sans difficultés particulières ; un point d'achoppement à ces bonnes relations existe néanmoins : lorsque le toxicomane tente de se faire amener de la drogue par un non-toxicomane. Ce dernier est alors pris entre le désir de rendre service à un ami qui lui demande "seulement" de lui ramener de l'extérieur un petit paquet et l'interdiction qu'il connaît.

L'interdiction elle-même n'est pas univoque : s'y mêlent l'interdit donné par la société extra-asilaire, et l'interdit donné par l'équipe soignante. La réponse du non-toxicomane est donc riche de plusieurs significations ; en cas de refus (en cas d'acceptation, l'analyse serait inverse), non seulement le malade non-toxicomane exclut partiellement le toxicomane, mais encore il fait un acte qui l'assimile au reste de la société et l'identifie au médecin, ceci d'une manière plus évidente encore s'il va "moucharder" auprès des soignants. Le non-toxicomane s'exclut ainsi (lui aussi) du groupe des malades (et il cherche à s'y réintégrer en expliquant qu'il a fait ce geste "pour le bien" d'un autre malade), sans pour autant entrer dans le groupe des non-malades.

Un aspect spécifique encore : nous avons déjà souligné la tendance grégaire de ces jeunes toxicomanes; hospitalisés à plusieurs dans un même service, ils s'isolent alors du reste des autres malades, mais sans créer d'autres conflits que ceux qui peuvent apparaître entre un groupe de jeunes et un groupe d'adultes (jazz, musique pop, bruit, mal supportés par les adultes par exemple).

Il nous semble intéressant de nous pencher un instant sur ces réactions opposées des soignants et des malades devant le toxicomane : Rejeté par les uns, il est accepté par les autres. Nous soulèverons le problème de la signification de cette acceptation : l'imposition d'une même structure (hospitalière) à deux groupes reconnus comme différents par la société (les malades mentaux d'une part, les toxicomanes d'autre part), les réunit-elle ? ou ces deux groupes n'en sont en réalité qu'un seul, composé de déviants à la norme (que la déviance ait pour symptôme la maladie mentale ou la toxicomanie) ?

En préambule à l'étude du rapport des toxicomanes avec les MEDECINS, nous voudrions rappeler que nous ne nous livrons pas à une étude exhaustive, mais que nous nous sommes limités à la description et à l'analyse de ce qui s'était passé dans un service déterminé, pendant une période déterminée.

Il ne nous a pas semblé que le rôle du CHEF DE SERVICE ait été modifié par la présence du toxicomane dans le service. De même que pour les autres

malades, il s'entretient avec lui lors de son entrée à l'hôpital, au cours de son hospitalisation, il s'enquiert de son évolution, de son mode de prise en charge à la sortie.

Le chef de service n'a jamais été utilisé par le reste de l'équipe soignante comme juge dans les conflits ou comme instance punitive. Par contre, le toxicomane cherche parfois à l'utiliser pour résoudre à son avantage apparent les conflits qui ont pu l'opposer aux infirmières ou aux autres médecins; ceci n'a pu d'ailleurs avoir lieu que lorsque les entrevues médecin-chef-toxicomane ont eu lieu hors de la présence d'un tiers, - infirmière, assistant ou interne - ce qui fut rare.

Le MEDECIN ASSISTANT a par contre une place privilégiée, tout au moins dans le service considéré ici, car "la prise en charge doit être immédiate par le thérapeute qui sera amené à suivre le patient à l'extérieur"(*)

C'est donc lui qui, très souvent, a le premier entretien avec le toxicomane, mais toujours en présence

(*) Toutes les citations de ce chapitre seront du

Dr Olievenstein, Médecin-assistant du service.

de la surveillante, et de l'interne suivant la disponibilité de ce dernier.

Au cours de l'hospitalisation, d'autres entretiens ont lieu fréquemment, une fois tous les deux jours, ou même quotidiennement pour les toxicomanes dont l'anxiété est particulièrement aiguë, ou bien moins souvent, deux fois par semaine au minimum. Cette fréquence n'est pas supérieure à celle à laquelle sont vus les autres malades (ceci pour les malades du service libre et pour les nouveaux malades du service fermé).

Ces entretiens n'étant que l'amorce d'une ultérieure relation duelle, ils ont eux aussi lieu en présence de la surveillante et de l'interne. Ce n'est que lorsque cette étape ultérieure est atteinte, qu'infirmière et interne sont exclus de la relation, sur la demande du toxicomane très souvent.

Il est classique d'éviter qu'une relation strictement duelle s'établisse dans un pavillon, car elle introduit un déséquilibre certain dans la vie pavillonnaire. Mais dans le cas qui nous occupe, cette relation strictement duelle est le plus souvent extrêmement courte, prélude à la sortie, car "l'hospitalisation

ne doit pas être le lieu ni le moment privilégié de la prise en charge, mais ne doit être considérée que comme l'amorçage d'une relation difficile et longue".

De plus, même lors de l'établissement d'une relation duelle, la psychothérapie utilisée rejette toute neutralité pour au contraire établir "une relation assez fusionnelle, voire érotisée" et dans son rôle de psychothérapeute, l'assistant inclut les prescriptions de traitements médicamenteux, l'octroi de permission, et intervient lors de conflits; tous aspects qui introduisent nécessairement le reste de l'équipe soignante dans la relation.

Néanmoins, lorsque pour une raison quelconque l'hospitalisation se prolonge, les entretiens ont lieu hors du pavillon, au bureau de la section.

Bien que, comme nous l'avons vu, le mode de prise en charge du toxicomane par l'assistant n'est pas spécifique que par son contenu, des tensions particulières entre lui et les infirmières vont en résulter.

Non seulement l'assistant est celui par qui sont hospitalisés tant de toxicomanes dans le service, mais il est celui qui délibérément crée les problèmes

déjà énumérés : en donnant des permissions, en mettant le toxicomane en service libre, et si le "ne jamais croire et toujours faire confiance" est déjà difficile à supporter par le médecin, il est mis à rude épreuve chez les infirmières qui lapidairement font remarquer que "elles", vivent vingt-quatre heures sur vingt-quatre avec le malade.

Cependant, lorsque nous étions interne du pavillon, ces tensions étaient relativement minimales avec l'équipe du matin ; peut-être était-ce dû à l'existence de réunions d'infirmières qui avaient eu lieu régulièrement l'année précédente, mais aussi à la personnalité de la surveillante qui était particulièrement coopérante.

Le cercle des soignants qui prennent en charge le toxicomane est déjà quasi formé, et l'INTERNE aura effectivement une place peu confortable.

Un espace réservé lui est cependant acquis : la prise en charge somatique ; que ce soit lors du syndrome de sevrage, s'il existe, ou lors d'affections intercurrentes.

Sinon les relations qu'il peut établir avec le toxicomane nécessitent de sa part l'acceptation d'un

dogme : ne pas intervenir de façon destructrice dans la relation qui se noue entre le toxicomane et l'assistant qui assure la prise en charge à la sortie.

Le contenu des observations rend compte de la diversité de réactions des internes à ce dogme : certains dossiers sont vierges de toute observation, d'autres sont relativement complets quant à la description semiologique et à la biographie.

La personnalité de l'interne intervient là, non seulement dans son acceptation plus ou moins facile de se voir retirer son rôle de responsabilité, mais aussi dans l'appréciation qu'en fait l'assistant, certains internes lui apparaissant comme susceptibles d'intervenir plus ou moins adroitement dans sa relation psychothérapique.

Nous mentionnerons seulement maintenant la PSYCHOLOGUE, car ses contacts avec le toxicomane sont inexistants, hors quelques rares fois où son rôle s'est borné à celui de testeuse.

Souvent au cours de l'hospitalisation, le toxicomane a eu à faire avec l'ASSISTANTE SOCIALE. Mais nous connaissons mal leurs rapports ; nous ne savons pas s'ils posent des problèmes spécifiques, et nous ne ferons que les mentionner.

SORTIE

Enfin, pour terminer la description de ce cursus du toxicomane, nous parlerons de sa sortie et de sa prise en charge post-hospitalière.

Bien que le secteur ait à sa disposition un hôpital de jour et un hôpital de nuit, ce mode de vie transitionnel n'est jamais proposé au toxicomane.

Par contre, une prise en charge en dispensaire est systématique lorsque la sortie s'est faite par des voies légales.

Parfois le toxicomane est dirigé vers le dispensaire du secteur auquel il appartient, lorsque de bonnes relations avec l'assistant ne se sont pas nouées à l'hôpital; ailleurs, et c'est le cas le plus fréquent, c'est dans l'un des dispensaires du service que l'assistant voit le toxicomane. Nous n'entreprendrons pas de relater les problèmes posés à ce stade, nous voudrions seulement résumer la ligne de conduite de l'assistant qui suit ces ex-hospitalisés : le thérapeute "doit, s'il veut réussir, créer au long cours une véritable relation fusionnelle. Il doit accepter l'érotisation de cette

relation, accepter la rechute et la provocation comme faisant naturellement partie de la cure. Bref, et cela nous semble fondamental, il doit considérer tous les toxicomanes comme des psychotiques s'il veut obtenir un résultat".

III

ETUDE CLINIQUE STATISTIQUE

Dans ce chapitre, nous allons, à travers une étude statistique, rechercher s'il y a lieu de souligner certains traits particulièrement fréquents chez ces toxicomanes hospitalisés.

Notre étude a porté sur un nombre relativement petit de cas, à savoir 49 cas, tous masculins.

Ces 49 cas sont ceux de tous les toxicomanes qui ont été hospitalisés au cours de l'année 1969; au cours de cette année, certains ont été hospitalisés plusieurs fois, nous ne les avons pas considérés comme des cas nouveaux.

Certains résultats seront tirés de l'étude d'un nombre de cas inférieur à 49 en raison de l'absence de

renseignements : les observations étaient souvent incomplètes, et lorsque nous avons entrepris ce travail, la majorité des sujets n'étant plus à l'hôpital, nous n'avons pas pu y remédier.

Enfin, bien que cela soit criticable, en raison du petit nombre de cas, nous énoncerons un certain nombre de résultats en pourcentage, ce mode de quantification ayant semblé plus parlant que des chiffres bruts.

1) AGE

Comme nous l'avons déjà souligné, ces intoxiqués sont très jeunes. En effet, sur 49 cas :

- si 1 seul a 16 ans
 - 30 ont de 18 à 24 ans soit 61 %
 - 8 " " 25 à 29 ans " 16 %
 - 7 " " 30 à 38 ans " 14 %
 - 3 seulement ont plus de 38 ans.
- } 77 %

Il est intéressant de comparer ces chiffres avec ceux donnés par Vaille et Stern ; leur étude a été faite en France entre 1946 et 1949 ; elle porte sur 687 cas.

Ils ont trouvé à cette époque que l'âge du plus grand nombre de toxicomanes était compris entre 35 et

49 ans (44,8 %) avec un maximum de 35 à 39 ans (16,4 %).

C. Durand (E.M.C. 1955) sur 56 cas trouvait lui aussi un âge moyen élevé : 45 ans.

Néanmoins, avant de conclure au fait entièrement nouveau, nous voudrions citer la thèse de Ghe lertter qui, sur 50 cas rapportés en 1929, en dénombre 38 de moins de 30 ans.

Le fait nouveau n'est pas le jeune âge de ces intoxiqués, mais leur très jeune âge ; ceci est d'autant plus remarquable que les cas étudiés relevaient d'un service d'adultes.

2) INSÉRTION SOCIO-PROFESSIONNELLE

Nous l'apprécierons sur :

a) l'existence ou non d'un domicile ;

sur 49 hospitalisés :

- 20 étaient sans domicile fixe soit 41 %
- 15 avaient un domicile soit 31 %
- 10 vivaient dans leur famille soit 20 %

(ce dernier chiffre est peu significatif, car étant donné le jeune âge des malades, on ne peut en conclure l'absence d'autonomie par rapport au milieu familial)

- 4 vivaient dans un foyer de jeunes travailleurs ou de rééducation.

b) l'activité professionnelle

sur 49 sujets :

- 30 n'exerçaient aucune activité professionnelle : soit 61 %
- 4 étaient étudiants, ceci malgré l'existence de structures de soins psychiatriques réservées aux étudiants.
- 15 travaillaient régulièrement : soit 31 %

Parmi ceux qui avaient une activité professionnelle, on comptait :

- 6 ouvriers (2 manutentionnaires, 2 peintres, 1 ajusteur, 1 programmeur)
- 3 cadres moyens (2 infirmiers, 1 dessinateur)
- 3 employés
- 1 profession libérale (traducteur)
- 1 que nous avons classé dans le personnel de service (garçon de restaurant).

Ces chiffres recouvrent ceux de Vaille et Stern qui avaient trouvé une importante majorité de sans profession (64 %).

c) l'existence d'un "correspondant",
c'est-à-dire le nom et l'adresse de la personne susceptible d'entrer en contact avec le médecin, qu'indique le malade à son entrée :

- 10 toxicomanes sur 49, (soit 20 %) n'ont donné aucun correspondant, ce qui souligne leur grand isolement, étant donné leur âge; notre expérience clinique nous permet d'affirmer que ces 10 malades étaient réellement seuls, et que leur réponse ne correspondait pas à un désir de cacher leur hospitalisation, par exemple.

d) le fait qu'ils soient mariés ou célibataires, est peu significatif, étant donné leur âge

- 44 sur 49 sont célibataires : soit 90 % soit 30 %
- 5 seulement sont mariés, et sur ces 5, 2 seulement avaient une vie conjugale normale; parmi les 3 autres : 1 était séparé de sa femme, 1 remarié puis séparé, 1 remarié.

Sans nous appuyer sur ces derniers chiffres qui représentent un trop petit nombre de cas, ni sur le pourcentage de célibataires (encore qu'il nous semble que, même pour une population dont 80 % des membres a moins de 29 ans, 90 % de célibataires soit un chiffre particulièrement

élevé), nous voudrions rappeler une notion connue : une vie conjugale normale paraît incompatible avec la toxicomanie; on peut néanmoins se demander si l'absence de toxicomanes mariés dans les diverses statistiques ne provient pas, au contraire, d'une certaine stabilisation par le mariage, les couples échappant ainsi aux enquêtes.

En ce qui concerne notre étude, hors l'aspect social du mariage, il nous a semblé que les trois problèmes sexuels spécifiques étaient l'importance de la prostitution comme moyen de se procurer de l'argent, la révélation fréquente d'une homosexualité, jusque là latente, par cette prostitution masculine, et la perte de la libido hétéro-sexuelle réinvestie narcissiquement au niveau de la drogue.

e) si l'on peut considérer le Service Militaire comme un indice d'insertion sociale, nous remarquerons que sur 33 cas :

- seuls 9 avaient fait leur service militaire
- 12 étaient réformés
- 12 n'avaient pas encore l'âge du service militaire.

3) NIVEAU SCOLAIRE

Par niveau scolaire, nous entendons le niveau d'études auquel est parvenu le sujet, que ce niveau ait été sanctionné ou non par un examen, réussi ou non.

Sur 46 cas pour lesquels ce niveau était indiqué :

- 14 ont un niveau d'études primaires, soit 31 %
- 22 ont un niveau d'études secondaires, soit 48 %
- 7 ont un niveau de 1er cycle
- 15 ont un niveau de 2ème cycle.
- 10 ont un niveau d'études supérieures, soit 22 %

Ces chiffres sont intéressants à comparer

- d'une part avec le niveau scolaire moyen des malades non toxicomanes hospitalisés à l'hôpital psychiatrique : il est rare d'y rencontrer un sujet qui a un niveau d'études secondaires;

- d'autre part avec la profession des parents de ces toxicomanes : nous verrons que 42 % sont issus d'une famille où le père est ouvrier. Ces chiffres montrent une nette différence d'avec la population générale, où la majorité des fils d'ouvriers n'ont qu'un niveau d'études primaires (au lieu de 31 % ici).

4) BIOGRAPHIE

Nous n'en étudierons que les points caractéristiques.

a) lieu de naissance

Une proportion importante de notre population de toxicomanes est née à l'étranger ou hors de la métropole : sur 49 sujets, 15 sont dans ce cas : soit 31 %.

Sur ces 15 sujets :

- 7 sont de nationalité française nés à l'étranger
- 3 n'ont pas la nationalité correspondant à leur lieu de naissance (2 sont sujets britanniques, l'un né en Egypte, l'autre à Cuba; le 3ème est apatride, né au Maroc)
- 5 ont la nationalité correspondant à leur lieu de naissance ; sur ces cinq, 2 seulement sont venus en France pour des raisons autres que l'errance du beatnick toxicomane : un Algérien venu en France avec son père, un Hongrois ayant émigré en 1956)

Ce chiffre de 31 % est beaucoup plus élevé que pour le reste de la population, hospitalisée ou non.

Ce chiffre de 3 suicides est la seule trace de troubles psychiatriques possibles chez les parents, en dehors d'une mère psychotique internée.

d) profession du père

Nous avons réparti les professions du père dans les grandes catégories socio-professionnelles définies par l'I.N.S.E.E., comme nous l'avons fait lorsque nous avons donné les diverses professions exercées par le toxicomane.

Bien qu'il eut été intéressant de connaître la proportion de mère au foyer et de mère qui ont une activité professionnelle, nous ne la donnons pas, car dans les observations, ce détail n'est cité - absence sur la signification de laquelle on pourrait s'interroger - que dans un très petit nombre de cas (lorsqu'il n'y a pas de père par exemple).

Pour 17 sujets, nous n'avons aucune précision.

Parmi les 32 restants, la profession du père se répartissait comme suit :

- salarié agricole	1
- industriel et <u>commerçant</u>	<u>8</u>
- profession libérale, cadres supérieurs	3

- cadres moyens	2
- employés	2
- <u>ouvriers</u>	<u>14</u>
- personnel de service	1
- police	1

Cette répartition montre que, contrairement à une opinion très répandue, la toxicomanie n'est pas l'apanage des enfants de classes sociales privilégiées, puisque 14 (soit 43 %) sont issus de la classe ouvrière; d'autre part, 7 (soit 25 %) ont un père petit commerçant.

5) "DROGUE"

a) Produits utilisés (1)

La panoplie des produits utilisés est très grande; notre ambition n'a pas été d'en dresser une liste exhaustive, et nous n'avons mentionné que 12 produits ou classes de produits : haschich, amphétamines, barbituriques, L.S.D., opium et opiacés, morphine, héroïne, palfium, mescaline, éther, cocaïne, trichloréthylène ; nous y avons ajouté un chapitre de produits divers, ceux-ci allant des tranquillisants aux préparations les plus saugrenues.

(1) la liste des produits utilisés par chaque sujet nous a été fournie par le Dr Olievenstein, car elle ne figurait le plus souvent pas dans l'observation.

Les chiffres que nous allons donner éclairent sans conteste un des aspects les plus frappants de la toxicomanie, la polytoxicomanie. En effet, sur 49 sujets :

- 44 prenaient plus d'une drogue, soit 90 %.

Sur ces 44 sujets, 6 seulement n'en utilisaient que 2 : 4 ne prenaient que du haschich et des amphétamines, 1 du haschich et du L.S.D., 1 des barbituriques et des tranquillisants.

Sur ces 44 sujets, 26 avaient goûté à la majorité des drogues que nous avons citées, soit 53 % du total.

- 5 seulement étaient monotoxicomanes :

Deux sujets ne prenaient que des barbituriques, un seulement du haschich, un autre des tranquillisants, le dernier de l'éther.

b) Age au début de l'intoxication

Nous n'avons pu obtenir ce renseignement que pour 32 sujets. Sur ces 32 :

- 3 avaient moins de 16 ans lors de la première prise de "drogue"; l'un d'eux a débuté à 13 ans, l'autre à 14 ans, le troisième à 15 ans)

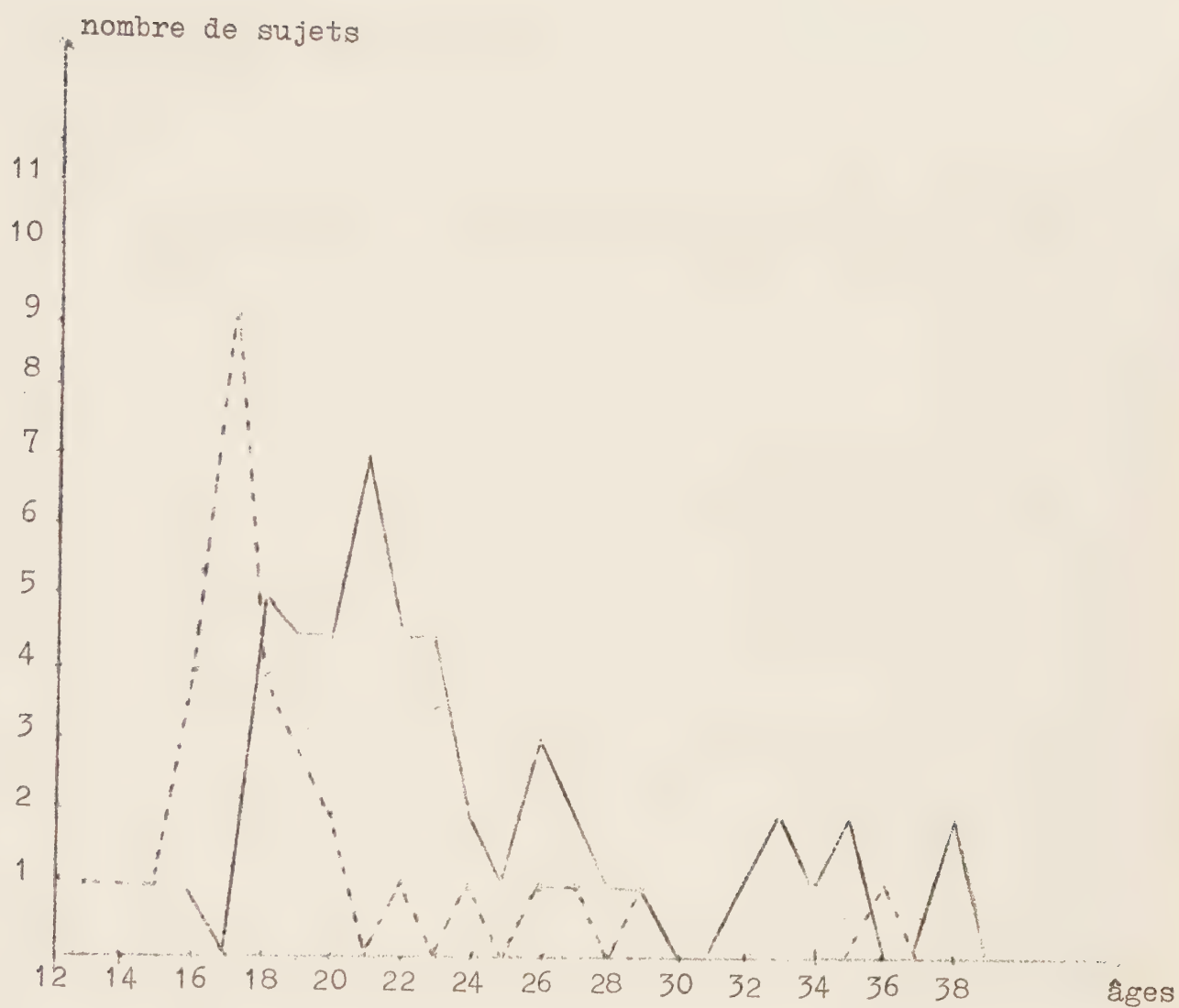
- 22 avaient entre 16 et 20 ans soit 69 %
- 5 avaient de 21 ans à 30 ans
- 2 seulement étaient âgés de plus de 30 ans
(l'un a commencé à se droguer à plus de 30 ans,
l'autre, d'après ses dires, à 63 ans).

Nous constatons ainsi que l'âge auquel ces toxicomanes hospitalisés commencent à se droguer se situe au cours de l'adolescence, l'âge modal étant 17 ans (9 sujets).

L'âge modal au moment de l'hospitalisation se situait à 21 ans.

Nous avons consigné ces deux résultats (âges au moment de l'hospitalisation et âges au début de l'intoxication) sur un même graphique (voir page suivante).

Le temps moyen qui s'écoule entre le début de l'intoxication et la première hospitalisation est très court; pour le calculer, nous n'avons exclu que 2 sujets dont nous ne connaissions pas l'année de première hospitalisation et dont nous savions qu'elle était très antérieure à 1969. Dans tous les autres cas, nous avons considéré que 1969 était l'année de première hospitalisation, ce qui très souvent est une approximation, la



Courbe des

— âges au moment de l'hospitalisation (1969)

- - - âges au début de l'intoxication

première hospitalisation étant très souvent antérieure à 1969.

L'intervalle de temps moyen trouvé - 2,8 ans - entre le début de l'intoxication et la première hospitalisation est donc encore supérieur à la réalité.

6) HOSPITALISATION

Nous préciserons tout de suite que dans cette étude nous ne nous sommes pas intéressés aux troubles psychiatriques éventuels lors de l'hospitalisation (état psychique "normal", état de manque, anxiété, confusion, délire, etc.).

Nous n'avons pas non plus inventorié les motifs de l'hospitalisation (intervention de la police, demande du sujet, de sa famille ou de l'organisme qui l'a en charge, etc.). Nous nous sommes néanmoins penchés sur l'existence éventuelle d'une demande de désintoxication, nous l'étudierons dans un chapitre ultérieur.

a) Age lors de la première hospitalisation

Sur 44 sujets :

- 3 avaient moins de 18 ans

- | | | | |
|------------------------------------|------|---------------|--------|
| - 22 avaient de <u>18 à 21 ans</u> | soit | <u>50 %</u>) | } 77 % |
| - 12 avaient de 22 à 26 ans | soit | 27 %) | |
| - 8 avaient plus de 26 ans | | | |

b) Nombre d'hospitalisations

Nous le connaissons pour 48 sujets :

- | | | |
|---------------------------------|------|-----------|
| - 22 n'avaient été hospitalisés | | |
| qu'1 fois | soit | 46 % |
| - 4 l'avaient été 2 fois | } | soit 31 % |
| - 11 3 et 4 fois | | |
| - 11 5 fois et plus | soit | 23 % |

Etant donné le jeune âge de ces sujets, nous pouvons remarquer la fréquence élevée des hospitalisations.

c) Mode de placement administratif

- Les chiffres que nous allons d'abord donner sont ceux concernant la première hospitalisation au cours de l'année 1969 (que ces sujets aient déjà été hospitalisés antérieurement ou non, dans le même hôpital qu'en 1969 ou non).

Sur 49 sujets :

- 11 ont fait l'objet d'un "placement d'office", soit 22 %

- 26 ont fait l'objet d'un "placement
volontaire", soit 53 %
- 12 d'un "placement libre", soit 25 %

(nous rappelons que le mode de placement administratif ne préjuge pas du type de pavillons - ouvert ou fermé - dans lesquels ces sujets ont été accueillis).

Nous constatons le nombre relativement grand de cas ayant fait l'objet d'un "placement d'office".

- Par contre, aucun des toxicomanes qui ont été hospitalisés une deuxième fois au cours de l'année 1969 n'ont fait l'objet d'un "placement d'office"; sur 13 sujets hospitalisés une deuxième fois :

- 3 l'ont été en "placement volontaire"
- 10 en "placement libre".

Doit-on en conclure que la première hospitalisation ne leur avait pas laissé un souvenir trop pénible, et que les fois suivantes ils sont venus se faire hospitaliser (très souvent sans passer par le C.P.O.A., ce qui explique la fréquence des "placements libres") avant que n'intervienne un évènement justifiant le "placement d'office" ?

- Seuls 6 sujets ont été hospitalisés une troisième fois au cours de l'année 1969.

d) Demande de désintoxication

Nous avons considéré qu'il y avait une demande de désintoxication lorsque cette demande avait été verbalisée par le sujet; cela même si elle nous paraissait sujette à caution, soit parce que le toxicomane n'était pas venu de plein gré à l'hôpital, soit parce qu'elle nous semblait n'être exprimée que pour faciliter les relations avec le corps soignant, soit parce qu'elle apparaissait de façon évidente comme un moyen d'échapper à la police.

Un peu arbitrairement, nous avons considéré qu'il n'y avait pas de demande de désintoxication lorsque le sujet avait été placé d'office.

Certains faisaient une demande de désintoxication très ambiguë; nous l'avons noté.

Dans tous les cas, nous parlons de la demande de désintoxication à l'entrée à l'hôpital, indépendamment de sa modification dans un sens positif ou négatif au cours ou après l'hospitalisation ou lors d'une hospitalisation ultérieure.

Sur 47 sujets :

- 27 ne demandaient pas de désintoxication, soit 57 %
- 14 en demandaient une,
- 6 avaient une demande très ambivalente.

Cette proportion importante de sujets qui au départ ne désirent pas se faire désintoxiquer est importante à prendre en considération lorsqu'on se penche sur les résultats thérapeutiques de l'hospitalisation.

7) SORTIE ET PRISE EN CHARGE POST-HOSPITALIERE

Pour étudier le devenir de ces toxicomanes, nous n'avons eu qu'un très court recul : ce bilan a été établi en mars 1970; la période post-hospitalière varie donc de trois mois à un an. La majorité de ces renseignements nous ont été fournis par le Docteur Olievenstein qui a la charge de suivre les toxicomanes après leur hospitalisation.

Sur 49 sujets :

- 1 est décédé;
- 4 sont actuellement en prison
 - 1 était parti s'installer en Israël pour des raisons idéologiques, mais n'y est

pas resté et, à son retour en France,
il a commis un délit pour lequel il a
été incarcéré.

- 2 ont été arrêtés par la police après
s'être évadés de l'hôpital (l'un y était
resté un mois, l'autre cinq jours)
- 2 sont retournés en prison, d'où ils ve-
naient.
- 7 sont partis à l'étranger :
 - 3 dans leur pays d'origine
 - 1 a rejoint une partie de sa famille éta-
blie aux U.S.A.
 - 3 ont repris l'errance beatnick.
- 7 n'ont pas donné de leur nouvelles.
- 12 sont actuellement réhospitalisés
- 15 sont suivis en post-cure :
 - 9 viennent régulièrement au dispensaire
(dont 3 au moins une fois par semaine
pour suivre une psychothérapie).
 - 3 viennent de façon intermittente, malgré
les convocations régulières qui leurs
sont envoyées.
 - 3 sont venus quelques mois, puis n'ont plus
répondu aux convocations.

- 3 enfin ont été adressés au dispensaire de leur secteur.

La "relation au long-cours" qu'il serait souhaitable d'établir entre le psychothérapeute et le toxicomane existe donc pour 24 d'entre eux, soit 52 % (pour calculer ce chiffre nous avons exclu les 3 toxicomanes adressés à leur dispensaire de secteur et dont nous n'avons pas de nouvelles, et le sujet décédé ; par contre, nous avons considéré la réhospitalisation, très souvent demandée par le toxicomane lui-même, comme une poursuite de la relation).

Enfin, nous remarquerons que sur 49 sujets, 5 sont sortis de l'hôpital par évasion.

8) DUREE DE L'ABSENCE DE REPRISE DE TOXIQUE

Le recul que nous avons étant très court, nous n'avons pris que trois points de repère : la reprise immédiate du toxique à la sortie de l'hôpital, la rechute après trois mois environ, l'absence de prise de toxique pendant plus de trois mois.

Sur 42 sujets pour lesquels nous avons ce renseignement ⁽¹⁾ :

(1) communiqué par le Dr Olievenstein

- 18 se sont drogués dès la sortie de
l'hôpital, soit 43 %
- 10 ont rechuté au bout de trois mois,
soit 24 %
- 14 n'ont pas rechuté au bout de 3 mois
et plus, soit 33 %

9) STRUCTURE PSYCHO-PATHOLOGIQUE

Nous avons étudié la structure psycho-pathologique seulement au point de vue clinique, les tests projectifs dont nous disposions étant trop peu nombreux pour qu'une conclusion générale puisse en être tirée.

Cette étude est donc loin d'être exhaustive. Elle se borne à indiquer la répartition des sujets examinés dans les grandes catégories de structure de la personnalité.

Nous n'avons pas pris en considération l'homosexualité, car nous n'avons pas les éléments nécessaires pour faire une distinction entre l'homosexualité structurelle et l'homosexualité pratiquée dans un but uniquement lucratif.

Sur 48 sujets :

- seulement 6 pouvaient être considérés comme des névrosés, et encore leur névrose ne correspondait-elle pas au tableau classique de névrose toxicomaniaque avec un type impulsif et un type compulsif, et 3 autres avaient une structure perverse. Soit globalement 19 %.

- 23 pouvaient être considérés biographiquement comme des personnalités déséquilibrées ou psychopathiques, soit 48 %.

- enfin 16 présentaient une structure pré-psychotique ou psychotique (que la psychose soit décompensée ou non), soit 33 %.

Il n'y a pas eu d'étude objective du quotient intellectuel, sauf pour les quelques malades qui ont été testés, mais nous croyons pouvoir affirmer qu'il était en général normal, si ce n'est supérieur à la moyenne ; nous en donnerons pour preuve les 70 % de sujets qui ont un niveau scolaire d'études secondaires ou supérieures, et pour les 30 % restant, l'absence de la mention "débile" dans tous les certificats ou observations, à l'exclusion de trois, et nous savons avec quelle facilité ce qualificatif est inscrit.

IV

OBSERVATIONS

Sur les 49 sujets qui ont été hospitalisés, nous ne rapporterons les observations que de 4 sujets seulement, que nous avons sélectionnés essentiellement d'après des critères psychopathologiques.

1ère OBSERVATION :

Monsieur G. D. est hospitalisé pour la première fois à 21 ans :

Le 9.11.68, Monsieur G. D. vient de lui-même à Sainte-Anne, parce que, nous dit-il : "ça n'allait pas dans ma tête... J'étais dans les nuages, mes instincts, personne n'a su les calmer".

Il revient d'un périple en auto-stop, qui l'a mené jusqu'en Afghanistan et au Pakistan. Depuis deux

mois à Paris, il passe le plus clair de son temps avec des amis; A son retour, il avait essayé de travailler dans une usine de verrerie, mais s'en était fait renvoyer au bout d'une semaine.

Il mentionne s'être drogué quelques fois au L.S.D. et quelques fois avec du haschich; nous saurons par la suite qu'il est en fait un grand polytoxicomane.

Sa biographie est banale jusqu'à l'âge de 16 ans :

- Il est le cadet d'une famille de trois enfants. L'aîné (30 ans) est gardien de la paix; G.D. nous dit qu'il ne le voit plus car il s'entendait mal avec la femme de son frère. Le plus jeune, âgé de 20 ans, maçon-fumiste, fait actuellement son service militaire.

- Le père âgé de 55 ans, ancien maçon-fumiste, est à la retraite : "il est très bon".

- La mère est âgée de 48 ans, ancienne concierge, elle fait actuellement des ménages : "elle est un peu plus mauvaise"; il la vit en fait comme très rejetante.

- On n'a aucune notion d'antécédents psychiatriques familiaux.

- G. D. a toujours été élevé par ses parents, et, bien que l'entente familiale fût moyenne, il n'y a jamais eu de gros conflits.

- Sa scolarité se passe sans incidents particuliers; il était bon élève, nous dit-il, et il a réussi le C.E.P. . A l'école il avait de nombreux camarades.

- Il entre à 15 ans dans la vie professionnelle, et travaille une année dans l'électricité.

- C'est à 16 ans que se produit une cassure : il arrête d'abord toute activité professionnelle, car, nous dit-il, l'électricité l'ennuie; puis il commet un vol dont il ne peut nous préciser la nature : "j'avais seulement participé"; il est néanmoins incarcéré 6 mois à Fresne.

- A sa sortie de prison, il va vivre chez sa tante, en raison, nous dit-il, de l'arrivée de sa grand'mère maternelle au foyer familial; pendant cette période, il fait un séjour à la Salpêtrière : "ma tante m'y a foutu ... je faisais des dépressions ... elle criait, je ne bougeais pas, puis j'ai éclaté..."

- Dès sa sortie de l'hôpital, il entreprend un voyage avec un ami : "je suis allé en voyage, aux

Indes, en stop, j'ai fait le beatneack". Il a en fait séjourné d'abord un an en Scandinavie, quelque temps en Allemagne, puis est parti aux Indes.

- En Décembre 1967 - il a 21 ans - la tante qui l'avait accueilli à sa sortie de prison lui envoie un billet d'avion et il rentre des Indes. Il ne reste que deux mois à Paris et repart en Extrême-Orient; c'est lors de son deuxième retour que nous le voyons.

Dès le premier entretien, l'impression qu'il donne est celui d'un schizophrène :

Le regard est perplexe malgré un strabisme de l'oeil gauche, la mimique est pauvre, l'initiative motrice réduite ; il s'exprime à voix basse, d'un ton monotone, détaché, avec un certain maniérisme dans l'intonation.

Le contact est recherché, - Monsieur G. D. a demandé à plusieurs reprises à nous parler - mais il reste superficiel, bizarre.

La discordance est évidente ; il a des rires immotivés, de nombreux barrages, des réponses relativement adaptées, mais contradictoires : G.D. nous annonce d'abord les raisons de sa demande d'hospitalisation : "ça a commencé à tourner, à tourner (il désigne

sa tête), je trouvais mes instincts naturels, c'est à cause de mon voyage en Inde et partout, ce n'est pas adaptable ici, en sous-alimentation dans un certain sens."; puis il explique qu'il voulait nous voir pour nous demander sa sortie : " je crois que mes sens sont en forme, que la raison m'a redonné la folie".

La pensée est vague, abstraite, il est incapable de réponses précises, la mémoire subit des éclipses:

L'affectivité est dévitalisée, ses sentiments à l'égard de ses proches (parents et tante) sont inexistantes "je les laisse dans leur coin", avec des expressions isolées d'opposition qu'il motive mal : "du jour où ma grand'mère est venue habiter à la maison j'ai foutu le camp. Elle ne m'adorait pas tellement".

Il décrit son humeur comme dépressive : "si je n'étais pas venu là, j'aurais bien pu me donner la mort", mais avec un ton d'indifférence.

Il a des attitudes d'écoute, et ultérieurement, il nous décrira ses hallucinations auditives, ses transmissions de pensée, son influence sur les gens qu'il fait tousser, éternuer.

Des préoccupations mystiques à tonalité oniroïde sont évoquées : "je me sentais l'homme-dieu..."; il essaie de se raccrocher à la réalité : "c'était d'avoir vécu en Inde... je n'avais plus besoin de rien, je courais à droite, à gauche, je n'arrêtais pas de remuer... je me trouvais changé par rapport aux autres, mon corps, mes sens s'étaient réveillés, je vivais sans chaussettes, maintenant j'ai froid". On peut noter aussi une certaine extériorité à ses troubles qu'il relate à l'imparfait : "l'homme-dieu c'était un double, c'était toujours les instincts qu'il faut apaiser, c'était l'équilibre, mais pas sur le reste".

L'examen somatique était normal.

Traité par des neuroleptiques, l'évolution est lente, mais, devant une certaine amélioration, et parce qu'il réclame à grands cris sa sortie, nous le laissons partir après 1 mois $\frac{1}{2}$ d'hospitalisation, au cours duquel ses parents ne sont pas venu lui rendre visite une seule fois. C'est la tante qui s'en est occupée et qui a accepté de l'héberger à sa sortie.

Quatre mois plus tard il est de retour. Dès sa sortie, il avait rapidement arrêté tout traitement,

et recommencé à se droguer. Au bout d'un mois de travail comme manutentionnaire, il avait été renvoyé, et il était alors reparti en auto-stop au Danemark, d'où il venait de se faire rapatrier, après avoir fait quelques jours de prison pour vagabondage.

Dès son arrivée en France, il va de lui-même consulter à l'Hôtel-Dieu qui l'adresse à Villejuif.

L'examen clinique montre une anxiété vive, il est en proie à de multiples hallucinations auditives, on commente ses actes, on devine ce qu'il pense, un syndrome de persécution est ébauché.

Sous traitement, quinze jours plus tard, l'automatisme mental diminue, une certaine critique de l'épisode se constitue : "c'était une crise de "paranoïa" aiguë parce que j'avais pris des amphétamines... je ne tiens plus à retoucher aux drogues... c'était rarement autre chose que les amphétamines".

Le désir de se redroguer pointe néanmoins rapidement : il ne prendra pas de drogue "tout de suite", peut-être plus tard"; il envisage de retravailler, mais seulement pendant trois mois ; il voudrait ensuite "aller prendre le soleil au Cambodge".

Après guérison de l'épisode aigu et deux mois

et demi d'hospitalisation, sa sortie est décidée, cette fois-ci, ses parents et sa tante ont décidé de le prendre conjointement en charge.

Quatre mois plus tard il est une troisième fois hospitalisé pour un épisode délirant d'allure schizophrénique, analogue au précédent.

Il avait rapidement repris de la drogue (haschich, amphétamines, héroïne, etc.)

Après deux mois de traitement sa sortie lui est accordée (Janvier 1970) et depuis il vient régulièrement au dispensaire.

Nous centrerons la discussion autour de la pathogénie de ce tableau psychiatrique. Pour tous, l'aspect clinique, l'évolution, signalent la psychose schizophrénique.

Quatre questions se posent :

- est-ce la prise de toxique qui a créé de toute pièce la psychose ?
- la prise de toxique a-t-elle seulement décompensé une structure fragile ?
- la psychose existait-elle antérieurement à la prise de drogue, celle-ci n'étant qu'un phénomène

surajouté dont on peut difficilement évaluer l'impact ?

- l'intégration à un milieu marginal (beatnick itinérant) a-t-elle retardé l'entrée d'un psychotique dans le monde psychiatrique ?

Dans le cas envisagé, la symptomatologie clinique n'a rien de spécifique, et ne nous est d'aucun recours pour apporter des réponses à ces questions.

Tout au plus pourrait-on noter une certaine extériorité du sujet à ses symptômes, une faille dans l'adhésion au délire. Mais outre que ce fait existe chez des schizophrènes non-toxicomanes, on peut se demander si cette relative mise à distance n'est pas due à la nature même de la drogue : d'une part elle est un point où le sujet peut se raccrocher au réel, car il sait qu'elle peut effectivement produire des "parano" ou des "schizo", et d'autre part, parce que nous aussi connaissons ce fait, nous acceptons comme médiateur de la reprise du lien avec le réel, le renvoi que fait le malade aux effets de la drogue.

L'étude de la biographie ne nous aide guère non plus ; certes nous remarquons une cassure assez

nette à l'âge de la puberté; jusqu'à 16 ans, G.D. semble avoir une vie sans problèmes. Puis à 16 ans, la désinsertion est brutale : il arrête de travailler, est hospitalisé à la Salpêtrière et commence à voyager; "il était gentil, mais faible, il s'est laissé entraîner par de mauvais camarades" dit le père.

L'âge exact de début de la prise de drogues, nous ne le connaissons pas, le sujet restant extrêmement flou dans ses réponses à nos demandes de précisions. On peut néanmoins supposer que si la prise de drogue n'a pas été antérieure à la désinsertion, elle lui a été concomittante, et s'est produite dès que les voyages ont commencé, c'est-à-dire au plus tard quelques mois après l'arrêt du travail.

Ne connaissant pas la structure psychologique de G.D. avant ses hospitalisations, nous ne pouvons conclure : est-ce à 16 ans que le sujet a débuté un syndrome schizophrénique qui s'est d'abord traduit par des troubles du comportement (vols, etc.) et une désinsertion socio-familiale où la prise de la drogue n'a été qu'un corrolaire, ou bien est-ce la drogue qui, chez un déséquilibré toxicomane, a créé une psychose ?

2ème OBSERVATION

Monsieur J. M. est hospitalisé pour la première fois à Villejuif en 1968, il est alors âgé de 21 ans. Il a été dirigé vers le C.P.O.A par le dispensaire d'hygiène mentale où il était suivi, car il a, à plusieurs reprises, proféré des menaces à l'encontre du médecin.

Il en est à sa quatrième hospitalisation en milieu psychiatrique : à 18 ans il a été hospitalisé à Nancy, à 19 ans à Vannes, à 20 ans à Marseille; entre 1968 et 1969, il fera encore quatre séjours à Villejuif. Ce n'est qu'au cours de la deuxième hospitalisation que nous apprendrons la polytoxicomanie.

De la biographie de ce jeune breton nous connaissons peu de choses, hors sa désinsertion socio-professionnelle quasi totale depuis l'âge de 17 ans, âge auquel il quitte le milieu familial et part vagabonder en France; entre 17 et 21 ans il ne travaillera que trois mois comme ouvrier spécialisé, puis 15 jours comme manutentionnaire pendant les grèves de Mai 1968; au service militaire, il a été réformé pour des troubles mentaux non précisés.

Des tests ont été demandés :⁽¹⁾

- l'impression clinique d'un bon niveau intellectuel est confirmée :

l'échelle de Wechsler-Bellevue donne en effet

un Q.I. verbal de 119

un Q.I. de performance de 118

un Q.I. total de 119

Aucun signe de détérioration des mécanismes intellectuels n'est relevé.

- Divers tests projectifs ont été pratiqués; parmi eux :

Le Rorschach ne décèle aucun élément nettement pathologique : l'affectivité est très peu exprimée et peut laisser supposer sa pauvreté; il existe certaines possibilités de contrôle, ainsi que des éléments anxieux discrets. L'adaptation s'avère précaire à longue échéance; enfin, on peut retenir de ce protocole une certaine pauvreté de la vie imaginative et peut-être une fuite de l'image de soi. Le M.M.P.I indique l'existence d'un déséquilibre psychopathique, auquel s'associent des traits de personnalité d'allure hystérique et des éléments dépressifs.

(1) effectués par Mme Chiva-Thouvenot, psychologue du service. Nous en donnons un résumé.

D'après ces résultats, la psychologue conclut à un déséquilibre de la personnalité.

Mais, malgré les tests de personnalité qui traçent un profil psychologique relativement univoque, le diagnostic clinique reste hésitant, et oscille entre :

- un déséquilibre simple chez immature affectif,

- auquel s'associeraient des traits de caractère phobique : J.M. est mal à l'aise dans la rue, ne peut faire une démarche ni rencontrer des amis,

- une conduite d'échec, car J.M. a fait échouer toutes ses tentatives de réinsertion sociale dès qu'elles allaient réussir,

- une structure prépsychotique, devant un apragmatisme, une passivité importante, une indifférence affective, une pauvreté idéique, et des incongruités du comportement : il a menacé des employeurs, le médecin qui le suivait au dispensaire d'hygiène mentale avec un couteau.

Si nous avons rapidement résumé cette observation, c'est essentiellement afin d'évoquer la complexité de la structure de la personnalité et du diagnostic.

3ème OBSERVATION

Monsieur D. M. est âgé de 22 ans. De retour du Pakistan depuis deux jours, il vient lui-même demander à se faire désintoxiquer. Il a commencé à se droguer à 16 ans, d'abord au haschich, puis très rapidement à l'opium, à l'éther, et à la morphine. Il est dans un état cachectique et pendant quatre jours, un important syndrome de sevrage, une infection pulmonaire feront craindre pour ses jours.

Cadet de deux enfants (le frère aîné, garagiste, a 24 ans), il est né dans une petite ville du Loiret où son père et sa mère tenaient une pâtisserie; jusqu'à 7 ans, il a une vie sans histoire: il est élevé par ses parents avec lesquels l'entente est bonne (surtout avec la mère "très intelligente" nous dit-il), sa scolarité est normale.

Il a 7 ans lorsque ses parents font faillite et viennent à Paris avec le frère aîné; lui-même est confié d'abord à sa grand'mère maternelle, dont il garde un très bon souvenir, puis à ses grands-parents paternels jusqu'à 11 ans : "le trou noir", nous dit-il.

De 11 à 14 ans il est repris par ses parents qui travaillent en usine à Paris; ils vivent à quatre dans une chambre d'hôtel.

Il réussit son certificat d'études et de 14 à 17 ans travaille : il fera de nombreuses places; lui-même en changeait, toujours insatisfait du travail monotone et inintéressant qui était le sien.

Pendant cette période, il a des relations très étroites avec son frère, mais il commence à "sortir beaucoup dans la rue", à fumer de la marijuana, et petit à petit ses liens avec son frère se relâchent; à 19 ans il arrête de travailler et part sur les routes.

Il passe d'abord 8 mois en Israël où il vit du trafic de la drogue, pour lequel il se fait d'ailleurs incnlper, puis un an et demi à Istambul; il y a une liaison avec une Suédoise elle-même toxicomane, rapatriée depuis, à laquelle il reste très attaché; il part ensuite aux Indes, mais n'y trouvant pas de morphine,

il va au Pakistan d'où il écrit à son frère pour lui demander un billet d'avion. Pendant son périple, qui a duré deux ans, il a essayé une fois de se désintoxiquer de lui-même, mais il a "cru mourir" pendant les deux jours passés sans drogue, et n'a pas recommencé.

Des entretiens le montrent d'un très bon niveau intellectuel, avec un désir authentique de ne plus se droguer, mais déprimé, anxieux quant aux perspectives de réadaptation : "la drogue, vous savez c'est un cercle, je ne sais pas si c'est vicieux, mais c'est un cercle, on ne peut pas en sortir"; il exprime sa crainte de ne trouver qu'un travail dont la monotonie le lassera vite, sa seule qualification étant le C.E.P.

Dans nos statistiques, nous avons classé D.M. parmi les déséquilibrés. Sa biographie, hors la prise de toxique et le refus motivé d'insertion professionnelle permet-elle d'affirmer ce diagnostic ? Il nous semble que la question peut être posée, et si nous avons présenté cette observation, c'est à dessein, afin de soulever le problème de nombreux toxicomanes que peut-être seule une trop grande tendance à la psychiatrisation nous font classer parmi les personnalités déséquilibrées.

4ème OBSERVATION

Monsieur M.M. a 19 ans lors de la première hospitalisation en 1967. Il demande une aide médicale pour réduire les doses et supprimer les effets somatiques des toxiques, mais pas ces derniers. Derrière un contact aisé, une complaisance certaine à parler de la drogue - d'où le défi n'est pas absent -, se cache une anxiété massive.

M. M. est dès l'enfance entouré de femmes : son père n'a vécu que quelques mois avec sa mère, et il est pris en charge à la fois par cette dernière, secrétaire de direction qui s'intéresse à la psychologie et à la graphologie, par sa grand'mère maternelle qui lui "raconte les histoires de famille qu'on veut (lui) cacher", et par une tante qui s'intéresse à la "scintologie" ; citons encore une nourrice et un ami de la mère qui vit quelque temps au foyer.

Il a une soeur et un frère plus jeunes; tous trois sont de père différent.

A l'école primaire il est un excellent élève, mais à partir de la sixième, commencent les disputes avec les professeurs, les fugues, les faux mots d'absence, etc. Il quitte le Lycée en seconde après avoir

réussi le BEPC et entre dans une école de Biologie et Biochimie; il ne pourra passer son diplôme, car en fin de deuxième année il est déjà hospitalisé.

C'est à 19 ans qu'il découvre la drogue : des amis lui donnent de l'éléxir parégorique et, la timidité, l'anxiété diffuse, les crises d'angoisses, l'impression pénible qu'il ressent lorsqu'il est dans la rue disparaissent. Il fait débiter tous ces symptômes à la période qui suit une hémorragie cérébrale d'un ami de la mère qui vivait alors au foyer.

Des examens psychométriques confirment l'impression clinique : Le niveau intellectuel est supérieur : Q.I. de 126 au test de vocabulaire de Binois et Pichot, Q.I. de 119 au test de facteur général D 48. Les résultats du M.M.P.I. et du test de Rorschach "réalisent un tableau de déséquilibre psychopatique grave où se mêlent des aspects névrotiques (anxiété, conduites phobiques, problèmes sexuels non intégrés), des troubles du caractère et du comportement et de grosses difficultés d'adaptation et de contact ; ces éléments s'assortissent en outre d'un retrait des investissements, d'une fuite du réel et d'une complaisance morbide à

l'égard des troubles qui rendent, conclut la psychologue, le pronostic peu favorable".

Il n'y aura en effet aucune période de sevrage, hors celles où M. M. est isolé dans une chambre.

Nous voudrions citer quelques passages de lettres que M. M. a envoyées au Dr Olievenstein qui le suit au dispensaire, afin de souligner sa grande immaturité, sa recherche d'une tutelle :

"je vous écris (entre autre) au sujet de ce qu'il s'est passé durant ce week-end. J'avais trop bu et je n'ai pu résister à prendre 5 Kinortine et 3 Lidepran 5 mg; mais il s'est passé quelque chose qui fait que je vais me modérer considérablement ... si vous avez un instant, pouvez-vous me répondre ?". Il signe : "votre malade", puis ajoute : "le sais-je au juste ?".

Dans une autre lettre : "je suis peut-être méfiant, mais j'aimerais que votre septicisme à mon égard devienne de l'intuition et rien d'autre. J'ai une envie folle de me confier à vous ... j'ai remarqué à plusieurs reprises chez ma mère un curieux puritanisme sexuel ; elle désapprouve les rapports sexuels en ironisant l'intéressé. C'est certainement la vie sentimentale chaotique et ratée qu'elle a menée..."

Nous avons donné un compte rendu de cette observation, car elle nous a semblé un bon exemple d'une structure psychopathologique où se mêlent des éléments de déséquilibre grave et des éléments névrotiques nets.

C O N C L U S I O N

Cette étude n'a pas eu pour ambition d'apporter des réponses définitives aux problèmes particuliers que posent ces pensionnaires à l'hôpital. Nous avons cru plutôt devoir partir d'une expérience vécue de six mois en tant qu'interne d'un pavillon où se trouvaient rassemblés un nombre important de toxicomanes ; ce nombre est supérieur à celui qu'aurait voulu leur répartition selon une sectorisation stricte, grâce au chef de service le docteur Borenstein qui a accepté de participer à une expérience nouvelle et de laisser une partie de son service se spécialiser, et grâce à l'intérêt particulier que porte à la toxicomanie un des assistants du service, le docteur Olievenstein.

C'est cette expérience qui nous a montré que les toxicomanes hospitalisés, non seulement posaient

des problèmes souvent différents de ceux posés par les autres types de malades mentaux, mais que le plus souvent ils ne leur étaient pas assimilables.

A partir de cette expérience de six mois, ce qui, nous le reconnaissons, est très court, à partir des entretiens que nous avons eus avec les toxicomanes, les autres malades, à partir des discussions avec le personnel soignant, nous avons essayé de faire un bilan des problèmes spécifiques posés par ces toxicomanes à l'hôpital psychiatrique.

Pour ce faire, nous avons utilisé LE PLAN suivant :

- nous avons d'abord cerné le sujet de notre étude.
- dans le premier chapitre, nous en avons défini le terme central, la toxicomanie (et nous en avons exclu l'éthylisme), et nous avons décrit notre matériel d'étude et la méthodologie utilisée.

Puis nous avons ensuite abordé le sujet en suivant une démarche centripète : partant des réactions de l'entourage hospitalier du toxicomane, nous avons terminé par une approche du toxicomane hospitalisé.

- le deuxième chapitre développe donc les problèmes posés par le toxicomane à l'hôpital psychiatrique à travers les réactions du personnel soignant, infirmiers et médecins, et des autres malades.

- les deux derniers chapitres contiennent une étude statistique de tous les cas de toxicomanes hospitalisés pendant l'année 1969, et quelques observations que nous avons privilégiées en expliquant les raisons.

Ceci nous a permis de voir quelles réponses peuvent être apportées à la question : qui sont les toxicomanes hospitalisés ?

DANS L'INTRODUCTION

nous sommes volontairement sortis du domaine médical, en soulignant le nombre croissant d'articles de presse, d'émissions radiophoniques ou télévisées sur la toxicomanie et en citant les nombreuses explications qu'en donnent les non-médecins.

Ceci nous a permis de remarquer

- que, si la toxicomanie n'était pas un fait nouveau en France, sa particularité actuelle était qu'elle atteint une couche de la population composée d'individus jeunes, si ce n'est souvent des adolescents;

- et surtout qu'elle avait un aspect essentiellement social, ce qui nous a permis de souligner l'aspect très restrictif de notre étude.

LE PREMIER CHAPITRE

Comme définition de la toxicomanie, nous avons donné celle de l'OMS de 1962.

Nous avons situé le lieu de notre travail : deux pavillons d'hommes du service du docteur Borenstein à l'hôpital psychiatrique de Villejuif.

Nous y avons étudié le cas de tous les toxicomanes hospitalisés pendant l'année 1969 : nous en avons dénombré 49.

Nous avons décrit l'équipe soignante et son fonctionnement.

Nous avons précisé que notre étude a été faite à partir de discussions avec le personnel soignant, et seulement à partir de dossiers en ce qui concerne les malades, bien que nous en connaissions personnellement une quinzaine pour avoir été leur interne.

DANS LE DEUXIEME CHAPITRE

nous avons rapporté les diverses réactions que suscitait le toxicomane au cours de son hospitalisation, de son admission à sa sortie et à son éventuelle prise en charge post-hospitalière.

Ceci nous a permis de constater :

- chez le personnel soignant :

hors le cas où, par les troubles psychiatriques ou physiques graves, le toxicomane peut être considéré comme un malade banal, il suscite une ambivalence extrême, l'infirmier oscillant entre un intérêt particulier pour ce jeune en détresse et un rejet violent de ce non-malade qui suscite une perturbation importante dans la vie pavillonnaire en y agissant comme un non-malade, en y introduisant de la drogue, en faisant du prosélytisme, en formant des sous-groupes de toxicomanes s'isolant des autres malades, et par dessus tout en ne lui procurant aucune gratification, puisqu'il se redroque plus ou moins rapidement après la sortie.

Ceci nous a permis de conclure que le toxicomane était accepté s'il entrait dans les normes représentatives

du malade mental, mais que, dans le cas contraire, il était considéré comme un déviant, et rejeté en tant que tel.

- chez les médecins, existait une position très particulière due à la "spécialisation" et à la personnalité du médecin assistant : hors l'intérêt du médecin du CPOA, très nettement orienté vers la psychosociogénèse de la toxicomanie, il est apparu que l'interne - de garde ou pavillonnaire - considérait le toxicomane comme un malade "à part" et qu'il laissait l'assistant le prendre en charge.

- enfin les relations médecins-infirmiers elles-mêmes étaient perturbées par la présence de toxicomanes : exclu en tant que déviant par l'infirmier, celui-ci ne comprenait pas les réactions des médecins qui, non seulement ne tendaient pas à l'exclusion, mais souvent faisaient montre d'un libéralisme en apparence plus grand que pour les autres malades.

DANS LE TROISIEME CHAPITRE

Une étude de statistique de 49 cas nous a permis de souligner quelques traits caractéristiques du toxicomane hospitalisé.

- En ce qui concerne l'état civil et l'intégration sociale, les points remarquables ont été

- le jeune âge de ces toxicomanes :

61 % ont entre 18 et 24 ans,

-- leur absence d'insertion socio-professionnelle :

41 % sont sans domicile fixe

61 % n'exercent aucune profession.

Ces chiffres ont été comparés aux statistiques de Vaille et Stern de 1946 à 1949, et à celles de Durand (1955).

- Une étude des grandes lignes biographiques nous a montré principalement que :

- 73 % étaient issus d'un couple parental dissocié avant que le toxicomane ait atteint la majorité (et pour 29 % du total un des deux parents était décédé).

- 56 % avaient été placés hors du milieu familial plus ou moins longtemps pendant leur enfance.
- Concernant la drogue, il est apparu que
 - 68 % avaient commencé la prise d'un toxique entre 16 et 20 ans,
 - 90 % étaient des polytoxicomanes (dont 53 % avaient utilisé toutes les drogues sur le marché en France).
 - si 46 % n'avaient eu qu'une hospitalisation, 31 % en avaient déjà eu trois à quatre.
 - une relation thérapeutique a pu s'établir pour 52 % des sujets, mais 43 % se sont redrogués dès la sortie de l'hôpital.
- Enfin, une étude de la personnalité nous a montré que :
 - 48 % pouvaient être considérés biographiquement comme des personnalités psychopatiques,
 - 33 % présentaient une structure psychotique ou étaient psychotiques,

- et seulement 19 % présentaient une structure névrotique (sans qu'il s'agisse des types compulsifs ou impulsifs de la névrose toxicomaniaque classique) ou une structure perverse.

DANS LE QUATRIEME CHAPITRE

Nous avons rapporté les observations de quatre toxicomanes :

- le premier est un psychotique, et son observation nous a permis de soulever le difficile problème de la pathogénie de la psychose chez le toxicomane : la psychose est-elle créée par la drogue, ou cette dernière n'est-elle qu'un facteur de décompensation, voire intercurrent ?

- la deuxième observation nous a permis de souligner l'hétérogénéité fréquente de la structure psychologique du toxicomane.

- à partir de la troisième observation, nous avons posé la question de savoir si la seule toxicomanie suffisait à poser le diagnostic de déséquilibre.

- enfin, nous avons présenté le cas d'un toxicomane présentant des traits de caractère névrotique.

A partir de cette étude, tracerons-nous un portrait du toxicomane homme à l'hôpital psychiatrique à Paris en 1969 ? Il semble que cela soit possible, sans fermer aucune porte de recherche réflexive ou thérapeutique ultérieure.

Le toxicomane est un très jeune adulte (en se référant à l'âge de l'état civil), qui a commencé à se droguer dès l'adolescence, dont le niveau scolaire et l'origine sociale sont extrêmement variables, mais dont le couple parental est très souvent dissocié.

Sa personnalité est loin d'être univoque, mais la fréquence d'un déséquilibre rend compte des difficultés que crée sa présence à l'hôpital psychiatrique: hors l'étiquette de toxicomane qui lui permet d'entrer au titre de malade, il est considéré comme un déviant par le personnel soignant et rejeté.

En conclusion, nous voudrions souligner tout ce que cette étude a d'insatisfaisant par son aspect essentiellement analytique, mais nous espérons néanmoins qu'elle pourra être un point de référence, parmi d'autres, pour les diverses solutions qui seront proposées au problème de la drogue.

BIBLIOGRAPHIE

- ABRAMSON H.A. et Coll., "L.S.D. content analysis of clinical reaction". J. Psychol., 1955.
- ALLIEZ, "Les Toxicomanies actuelles", Marseille Médical, 1965
- BELL D.B. et TRETHOVAN W.H., "Dépendance aux amphétamines", J. Nerv. Ment. Dis., 1961.
- BENNET G., L.S.D., 1967.
- BENSOUSSAN P. et JOANIDES, "A propos de l'expérience psychédélique", Ann. Méd. Psy., n° 124, 1966.
- BLEULER M. : "Comparison of drug induced and endogenous psychoses" Discus. J. ELKIS, J. DELAY, M. JARVIK et al. Neuro-psychopharmacologie 1959. Proc. of the 1st Congress of the C.I.N.P. Elsevier Edit. 1959 p. 158.185.
- BORENSTEIN, OLIEVENSTEIN, CUJO et THOUVENOT, "Rapport sur le L.S.D. en clinique psychiatrique", Ann. Méd. Psy., juin 1966.

- BORENSTEIN et CHATELLER, "Effets bio-électriques du L.S.D. 25", Ann. Méd. Psy., 1968.
- CASRIEL D., So fair a house : the story of Synanon, Prentice Hall, New York, 1963.
- COHEN S., L.S.D. 25, Gallimard.
- COHEN S., Drugs of hallucinations. The uses and mesuses of Lysergic acid diethylamid, Secker and Warburg, London, 1965.
- COHEN S. et LEARY Th., Organisation and coordination of federal drug research, Commision du Sénat améric., 2è session, mai 1966.
- DEFER et DIEHL M.L., "Les psychoses cannabiques aiguës", Ann. Méd. Psy., juillet 1968.
- DENIKER P., "Drogues hallucinogènes et toxicomanies modernes", Revue du Praticien, 21 Juin 1968.
- DESCHAMPS Andrée, Ether, Cocaïne, Hachisch, Peyotl démence précoce, Véga, 1932.
- DURAND-DASSIER J., Désintoxication et Psychothérapie institutionnelle, Epi, 1970.
- FONTANA A.I., "Clinical use of hallucinageneosis drugs", IIIè Congrès Mondial de Psychiatrie, Montréal, Mac Gill University Press, 1961.

- GOUDOT J., Sur le traitement et le pronostic des toxicomanes (Morphinomanie et héroïnomanie), Thèse, Paris, 1936.
- HOLMBERG B. et JANSSON B., "Expériences d'un service ouvert pour toxicomanes à Götterberg", Acta Psychiat. Scand., 1968.
- KOSVINER A. et Coll., "L'emploi de l'héroïne dans une ville de province", The Lancet, Juin 1968.
- LAURIE Peter, Drug., Penguin books, Londres, 1967.
- LAURY G.V., "L'inhalation de colle. Une toxicomanie juvénile", Méd. Hyg., 30 juillet 1966.
- LEARY Th., "Narc - Réhabilitation", 1966.
- LE GUILLANT L., La toxicomanie barbiturique, Thèse, Paris, 1930.
- LEWIN, Les paradis artificiels, Payot, 1928.
- LINGEMAN R., Drugs from A to Z, Mc. Graw-Hill, New-York, 1969.
- LOGRE B.J., Les toxicomanies, Stock, 1924.
- MOREAU DE TOURS J., "Du hachisch et de l'aliénation mentale", Etudes psycholog., 1954.

- OLIEVENSTEIN S.C., Contribution à l'étude du L.S.D. 25 en clinique psychiatrique. Thèse. Paris, 1967.
- POROT A. et M., Les toxicomanies, P.U.F., 1968.
- QUETIN A.M., La psilocybine en psychiatrie clinique et expérimentale, Thèse, Paris, 1960.
- RANDRIANTAVY, A propos des toxicomanies aux amphétamines, Thèse, Paris, 1967.
- ROPERT-GARNIER, La mescaline en psychiatrie, Thèse, Paris, 1957.
- ROSENBERG C.M., "Jeunes toxicomanes. Arrière-plan et personnalité", J. Nerv. Ment. Dis., janvier 1969.
- Second Annual report to the legislature Drug abux information project., décembre 1968.
- SEJOURNET-SANTINI, Aspects actuels de la toxicomanie, Thèse, Paris, 1968.
- SIGG : Le cannabisme chronique fruit du sous-développement et du capitalisme, Thèse, Paris, 1963.
- SMITH D.E., Speed kills, Haight-Ashbury publication.
- SMITH D.E. et MYERS F., "The new generation and the new drugs", California's Health., February 1968.

- SMITH D.E. and ROSE A.J., "Health problems in a Hippie subculture. Observations by the Haight Ashbury clinic", Clinical pediatrics, June 1968.
- VALENTIN E., Essai d'évaluation des suites de l'intoxication au Lysergamide, Thèse, Paris, 1969.
- ZIMMERING, "Heroin addiction in adolescent", J. of Nerv. and Mental disease, 1951.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	page	1
Plan de l'étude	"	6
DEFINITIONS	"	8
La toxicomanie	"	8
Matériel d'étude	"	12
APPROCHE DES PROBLEMES POSES PAR LES TOXICOMANES		
A l'Hôpital Psychiatrique à travers les réactions de l'entourage hospitalier	"	16
ETUDE CLINIQUE STATISTIQUE	"	44
OBSERVATIONS	"	67
CONCLUSION	"	87
BIBLIOGRAPHIE	"	98

Vu Le Président de Thèse
 Professeur L. MICHAUX

Vu Le Doyen de la Faculté
 Professeur G. BROUET

Vu et Permis d'imprimer Le Recteur de l'Académie de Paris
 R. MALLET

